

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตกับการเจ็บครรภ์คลอด
ก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์

จรัชยา หนูสิงห์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
กรกฎาคม 2563
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ จิรัชยา หนูสิงห์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกริธากุล)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา สิ้นสุกใส)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

วันที่ 3 เดือน สค. พ.ศ. 2563

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล ชีระรังสิกุล ประธานกรรมการสอบเค้าโครงวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกริชากุล ประธานกรรมการสอบปากเปล่าวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา ลินสุกใส กรรมการสอบปากเปล่าวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ของท่านผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล ผู้ตรวจการ หัวหน้าหอผู้ป่วยห้องคลอดและหลังคลอดสามัญ คณะกรรมการจริยธรรม ตลอดจนบุคลากรทางพยาบาลและวิชาการที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี ที่อนุญาตและอำนวยความสะดวก ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ อีกทั้งขอขอบคุณ คุณมันทนา สิริรัตโนภาส และคุณนารีรัตน์ ธรรมสิทธิชัย ผู้ตรวจการและหัวหน้าหอผู้ป่วยห้องคลอด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พี่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกระดับของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ที่ให้การสนับสนุนให้ความช่วยเหลือ และให้ความร่วมมือ เป็นอย่างดียิ่งในการวิจัยครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ขอขอบคุณอาจารย์ดำรงศักดิ์ สงเอียด และคุณจารุวรรณ ชาสงวน และครอบครัว ที่ให้การช่วยเหลือ สนับสนุนและเป็นกำลังใจให้กับผู้วิจัยเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตา แต่ บุพการี บุรพอาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้า เป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

จิรัชยา หนูสิงห์

58920063: สาขาวิชา: การผดุงครรภ์: พย.ม. (การผดุงครรภ์)

คำสำคัญ: การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด/ จำนวนชั่วโมงการทำงาน/ การยืนนาน/ การสัมผัสส
 ุพหรี่มือสอง คุณภาพการนอนหลับ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดิน
 ปัสสาวะ

จรรยา หนูสิงห์: ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตกับการเจ็บครรภ์คลอด
 ก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ (RELATIONSHIPS BETWEEN LIFESTYLE FACTORS AND
 PREMATURE LABOR PAIN AMONG PREGNANT WOMEN) คณะกรรมการควบคุม
 วิทยานิพนธ์: สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, ส.ค., ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, ส.ค. 121 หน้า. ปี พ.ศ. 2563.

การลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนดมีความสำคัญในการป้องกันการเจ็บ
 ครรภ์คลอดก่อนกำหนด การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน
 การดำเนินชีวิตกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์
 คลอดก่อนกำหนดและครบกำหนด ที่รับไว้ดูแลในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และ
 โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 160 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 80 คน คัดเลือก
 กลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้ 1) แบบสอบถามข้อมูลด้าน
 ประชากร ร่วมกับข้อมูลการทำงาน การยืนนาน การสัมผัสสพหรี่มือสอง 2) แบบประเมินคุณภาพ
 การนอนพิตส์เบิร์ก และ 3) แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ
 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ chi-square test
 และสถิติ point biserial correlation coefficient

ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมใน
 เวลากลางวัน มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ระดับ .05 ($X^2 = 9.014$, $df = 1$,
 $p = .001$, และ $X^2 = 7.241$, $df = 1$, $p = .006$) มีข้อเสนอแนะให้พยาบาลผดุงครรภ์ จัดกิจกรรมการ
 พยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อลดปัญหาการเจ็บครรภ์คลอด
 ก่อนกำหนด

58920063: MAJOR: MIDWIFERY; M.N.S. (MIDWIFERY)

KEYWORDS: PREMATURE LABOR PAIN/ WORKING HOURS/ LONG STANDING/
SLEEP QUALITY/ SECONDHAND CIGARETTE EXPOSURE/ UTI
PREVENTIVE BEHAVIOR

JIRATCHAYA NOOSING: RELATIONSHIPS BETWEEN LIFESTYLE FACTORS
AND PREMATURE LABOR PAIN AMONG PREGNANT WOMEN. ADVISORY
COMMITTEE: SUPIT SIRIARUNRAT, Dr.P.H., TATIRAT TACHASUKSRI, Dr.P.H. 121 P.
2020.

Relief factors related to preterm labor are important to prevent premature labor pain. The purpose of this research was to examine the relationships between lifestyle factors and premature labor pain in pregnant women. The subjects were 160 pregnant women admitted to the labor room in King Chulalongkorn Memorial Hospital and Queen Savang Vadhana Memorial Hospital in Sriracha. Subjects were divided into two equal groups: 80 pregnant women with premature labor pain, and 80 pregnant women with full term labor pain. Data were collected by 1) a demographic questionnaire that included data related working hours/week, standing hours/day, and second-hand cigarette exposure, 2) the Pittsburgh Sleep Quality Index [PSQI], and 3) a preventive behavior of UTI during pregnancy questionnaire. Data were analyzed by frequency, percent, mean, standard deviation, chi-square test and point biserial correlation coefficient statistics

Results found that sleep quality and daytime dysfunction were significantly ($p < .05$) related to premature labor pain ($X^2 = 9.014$, $df = 1$, $p = .001$, $X^2 = 7.241$, $df = 1$, $p = .006$). These findings suggest that nurses and midwives should provide nursing intervention to promote sleep quality during pregnancy in order to decrease premature labor pain.

สารบัญ

| | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ | จ |
| สารบัญ..... | ฉ |
| สารบัญตาราง | ช |
| สารบัญภาพ | ฌ |
| บทที่ | |
| 1 บทนำ..... | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | 1 |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย | 6 |
| สมมติฐานการวิจัย..... | 7 |
| กรอบแนวคิดในการวิจัย..... | 7 |
| ขอบเขตของการวิจัย..... | 8 |
| นิยามศัพท์เฉพาะ..... | 8 |
| 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 10 |
| การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด | 10 |
| ปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด..... | 24 |
| 3 วิธีการดำเนินการวิจัย | 35 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 35 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 37 |
| การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ..... | 42 |
| การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง | 43 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล..... | 44 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล | 45 |

สารบัญ (ต่อ)

| บทที่ | หน้า |
|--|------|
| 4 ผลการวิจัย..... | 46 |
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง..... | 46 |
| ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการดำเนินชีวิต | 50 |
| ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตกับการเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด | 57 |
| 5 สรุปและอภิปรายผล | 62 |
| สรุปผลการวิจัย | 62 |
| อภิปรายผลการวิจัย..... | 64 |
| ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้..... | 67 |
| บรรณานุกรม..... | 68 |
| ภาคผนวก..... | 83 |
| ภาคผนวก ก | 84 |
| ภาคผนวก ข | 89 |
| ภาคผนวก ค | 96 |
| ภาคผนวก ง..... | 108 |
| ประวัติย่อของผู้วิจัย | 121 |

สารบัญตาราง

| ตารางที่ | | หน้า |
|----------|--|------|
| 1 | จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลบุคคล..... | 47 |
| 2 | จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการตั้งครรภ์..... | 49 |
| 3 | จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการทำงาน..... | 51 |
| 4 | จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสัมผัสสูบบุหรี่มือสอง..... | 52 |
| 5 | จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพการนอนหลับ..... | 54 |
| 6 | ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ในทางเดินปัสสาวะของกลุ่มตัวอย่าง | 57 |
| 7 | การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ การขี้นาน การสัมผัสสูบบุหรี่มือสอง กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด | 58 |
| 8 | วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอน กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ... | 60 |
| 9 | ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด..... | 61 |
| 10 | จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์..... | 109 |
| 11 | จำนวนและร้อยละ จำแนกตามข้อมูลการตั้งครรภ์..... | 110 |
| 12 | จำนวนและร้อยละ ของข้อมูลการทำงาน | 112 |
| 13 | จำนวน ร้อยละ ของการสัมผัสสูบบุหรี่มือสองของกลุ่มตัวอย่าง | 113 |
| 14 | จำนวน ร้อยละ ของคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง..... | 114 |
| 15 | ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ในทางเดินปัสสาวะรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง | 116 |
| 16 | การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ การขี้นาน การสัมผัสสูบบุหรี่มือสอง กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด | 117 |
| 17 | วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอน กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ... | 118 |

สารบัญภาพ

| ภาพที่ | หน้า |
|------------------------------|------|
| 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย | 8 |

สารบัญภาพ

| ภาพที่ | หน้า |
|------------------------------|------|
| 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย | 8 |

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดก่อนกำหนด เป็นหนึ่งในปัญหาทางสูติศาสตร์ที่สำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของทารกแรกเกิดและก่อให้เกิดความพิการต่าง ๆ ในระยะยาวสำหรับทารกที่รอดชีวิต (World Health Organization [WHO], 2018 a) จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก ครั้งล่าสุด พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.8 ในปี ค.ศ. 2000 เป็นร้อยละ 10.6 ในปี ค.ศ. 2014 หรือประมาณ 15 ล้านคน จากทั้งหมด 140 ล้านการเกิดมีชีพ โดยมากกว่าร้อยละ 50 ของทารกที่คลอดก่อนกำหนด เป็นทารกที่เกิดในทวีปเอเชีย (Asia) (Chawanpaiboon et al., 2019; WHO, 2018 b) สำหรับอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงในทุก ๆ ปีเช่นเดียวกัน โดยในปี พ.ศ. 2543-2557 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9 เป็นร้อยละ 12.7 (WHO, 2018 b)

จากแนวโน้มอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดที่เพิ่มขึ้นนี้ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย ได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ซึ่งกำหนดให้โรงพยาบาลทุกแห่งมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลง ร้อยละ 10 เทียบจากปีที่ผ่านมา หรืออัตราการคลอดก่อนกำหนดต้องน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 11 (กองตรวจราชการ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข, 2561) ทำให้อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดในภาพรวมของหลาย ๆ โรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลง เช่น โรงพยาบาลทั้งหมดในจังหวัดนครราชสีมา พบประมาณร้อยละ 9.8 (ปี พ.ศ. 2559-2562) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2562) โรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรปราการ พบประมาณร้อยละ 6.8 (ปี พ.ศ. 2560-2561) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ, 2561) ในขณะที่โรงพยาบาลในเครือสภาอากาศไทย กลับพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดที่ค่อนข้างสูง โดยโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา พบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด ปี พ.ศ. 2560-2562 ร้อยละ 11.2, 9.2 และ 13.4 ตามลำดับ (โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา, 2563) และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จากเดิมที่พบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 9-10 (วรพงศ์ ภู่งศ์, 2555) เพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2560-2562 เป็นร้อยละ 15.6, 16.2 และ 16.1 ตามลำดับ (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2563) ซึ่งสูงกว่าสถิติในภาพรวมของหลาย ๆ จังหวัด และสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้จากอุบัติการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การคลอดก่อนกำหนดยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขและยังคงมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นสูง

การคลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อทั้งมารดา ทารกและครอบครัวในทุก ๆ ด้าน โดยเฉพาะผลกระทบทางด้านสุขภาพของทารกแรกเกิด ที่ทำให้อัตราการเจ็บป่วยและการตายของทารกสูงขึ้น เนื่องจากทารกที่คลอดก่อนกำหนดนั้นมีน้ำหนักตัวน้อย อวัยวะต่าง ๆ ยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์ จึงเป็นผลให้เกิดโรคหรือพยาธิสภาพในระบบต่าง ๆ ของร่างกายเป็นอย่างมาก เช่น อาการหายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome) เนื่องจากปอดยังทำงานได้ไม่เต็มที่ (Condo et al., 2017) เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด (Mehtar, Singh, Agarwal, Agrawal, & Majethia, 2016) เกิดภาวะลำไส้เน่าอักเสบ (Necrotizing enterocolitis) (Samuels, Van de Graaf, De Jonge, Reiss, & Vermeulen, 2017) มีความพิการทางสมอง (Cerebral palsy) (Schieve et al., 2016) และส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านการพูด การได้ยินและสติปัญญาของทารก (Boyle, Rinaldi, Norman, & Stock, 2017; Schieve et al., 2016) อีกทั้งการที่ทารกเจ็บป่วยต้องถูกแยกจากมารดา ตั้งแต่ระยะหลังคลอด และต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นระยะเวลานาน ทำให้สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกลดน้อยลง (ชญานิษฐ์ ธรรมภาสุวรรณ์, วรรณภา พงษ์วัฒนกร และเยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, 2556) ส่งผลกระทบต่อกรเจริญเติบโตทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของทารก (นฤมล ชีระรังสิกุล, 2555) การที่ทารกคลอดก่อนกำหนดมีปัญหาด้านสุขภาพนั้น ส่งผลให้มารดาเกิดความวิตกกังวล ความเครียด ความรู้สึกท้อแท้และสิ้นหวัง ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Trumello et al., 2018) นอกจากนี้การคลอดก่อนกำหนดยังส่งผลกระทบต่อปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศชาติ ทารกคลอดก่อนกำหนดต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน มีผลให้มารดาและสามีต้องหยุดงานเพื่อมาเยี่ยมหรืออยู่ดูแลบุตร ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดเฉลี่ย 175,000 บาทต่อราย และเสียค่าจ้างบุคลากรทางการแพทย์เพื่อดูแลทารกแรกเกิดเพิ่มขึ้น ทำให้ประเทศไทยต้องใช้งบประมาณในการดูแลปีละไม่ต่ำกว่า 5,000 ล้านบาท (ฉัฐญา เนตรหิน, 2555; ประภัทร วานิชพงษ์พันธ์, 2554) อีกทั้งบุคลากรทางการแพทย์ต้องมีภาระงานเพิ่มมากขึ้นในการดูแลทารกแรกเกิด (วิทยา ธิฐาพันธ์, 2553)

การทราบถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนดจะช่วยให้นักวิชาการทางการแพทย์ รวมทั้งพยาบาลผดุงครรภ์ สามารถให้การดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาการคลอดก่อนกำหนดได้ มีการศึกษาถึงสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดอย่างกว้างขวาง แต่ทั้งนี้ในปัจจุบัน ยังไม่พบสาเหตุที่แท้จริง อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยส่งเสริมที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลายปัจจัย (Cunningham et al., 2018) ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านการยืดขยายของมดลูก (Uterine distention) เช่น การตั้งครรภ์แฝด แผลน้ำ (ระพีเฉลิมวุฒานนท์, เอี่ยมพร ราชภูติ, ศิโรรัตน์ โชติกสถิต, 2559; Bacelis et al., 2018; Wagura,

Wasunna, Laving, & Wamalwa, 2018) 2) ความเครียดของมารดาและทารกขณะตั้งครรภ์ (Maternal-fetal stress) เช่น ความเครียดทางจิตใจ ความวิตกกังวล (Hoffman, Mazzoni, Wagner, & Laudenslager, 2016; Lilliecreutz, Larén, Sydsjö, & Josefsson, 2016; Stylianou-Riga et al., 2018) และความเครียดทางด้านร่างกายจากการทำงานเป็นเวลานาน (Long working hours) (Stylianou-Riga et al., 2018) 3) ความผิดปกติของปากมดลูก (Cervical dysfunction) เช่น ปากมดลูกสั้น ปากมดลูกไม่ปิด (Vink, & Feltovich, 2016). 4) การติดเชื้อในร่างกาย (Infection) เช่น การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (Urinary Tract Infection [UTI]) (Wagura et al., 2018) และการติดเชื้อแบคทีเรียในช่องคลอด (Bacterial vaginosis) (Afolabi, Moses, & Oduyebo, 2016) 5) ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ ได้แก่ ประวัติการคลอดก่อนกำหนด (Hidayat, Ajiz, & Krisnadi, 2016) ความถี่ของการตั้งครรภ์ (Liabsuetrakul et al., 2019; Wagura et al., 2018) การมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Kharaghani, Niroomand, & Safaei Nezhad, 2018) ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hidayat et al., 2016; Kharaghani et al., 2018; Liabsuetrakul et al., 2019) ภาวะรกเกาะต่ำ (Kollmann, Gaulhofer, Lang, & Klaritsch, 2016) และภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (Hidayat et al., 2016; Wagura et al., 2018) 6) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การสัมผัสสารเคมี (Padula et al., 2018) การสัมผัสควันบุหรี่ (Cui, Gong, Liu, & Wu, 2016) 7) พฤติกรรมการดำเนินชีวิต (Life style) เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การนอนหลับ การดื่มสุรา และการใช้ยาเสพติด (Pairman & McAra-Couper, 2010) เป็นต้น และ 8) ปัจจัยทางด้านประชากร เช่น เชื้อชาติ คนผิวดำมีการคลอดก่อนกำหนดมากกว่าคนผิวขาว (Partington, Steber, Blair, & Cisler, 2009)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทั้งทางด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตสังคม การดำเนินชีวิต และสิ่งแวดล้อม การป้องกันปัญหาการคลอดก่อนกำหนด จึงต้องมีการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ครอบคลุมปัจจัยในทุกด้าน ถึงแม้ว่ามีการศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนดกันมากในประเทศไทย แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) จากข้อมูลส่วนบุคคลและบันทึกการคลอด ปัจจัยที่พบว่ามี ความเกี่ยวข้องกับ การคลอดก่อนกำหนดจึงเป็นปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม และปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ เช่น อายุ การศึกษา รายได้ ประวัติการตั้งครรภ์ก่อนกำหนด ลำดับครรภ์และภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ มีความจำกัดในการนำมาประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่ปรับเปลี่ยนได้ โดยยาก ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน ส่งผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมของคนในสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญ

ที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด (Bonzini et al., 2009; Niedhammer, O'Mahony, Daly, Morrison, & Kelleher, 2009; Okun, Dunkel Schetter, & Glynn, 2011; Palmer, Bonzini, Harris, Linaker, & Bonde, 2013) เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ปรับแก้ไขได้ โดยการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ แต่สำหรับในประเทศไทยยังมีการศึกษาไม่มากนัก และต้องการการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนั้น ปัจจัยด้านการดำเนินชีวิต จึงเป็นปัจจัยที่จะเป็นประโยชน์ในการนำไปประยุกต์ใช้ เพื่อการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด ปัจจัยการดำเนินชีวิต ได้แก่ จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ การยืนนาน การสัมผัสสหรู่มือสอง คุณภาพการนอนหลับ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

จำนวนชั่วโมงการทำงาน เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด โดยการทำงานหนัก หรือการทำงานที่มากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ทำให้เกิดการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อลาย เลือดไปเลี้ยงที่มดลูกลดลง เนื่องจากการใช้แรงมาก จะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ (Sympathetic nervous system) หัวใจบีบตัวแรงขึ้นเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงที่กล้ามเนื้อลาย มีผลให้เลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณมดลูกและรกลดลง มีการหลั่ง Catecholamine ทำให้เส้นเลือดส่วนปลายตีบ มีผลทำให้เกิดการขาดออกซิเจนที่เซลล์เนื้อเยื่อ เกิดการหายใจแบบไม่ใช้ออกซิเจนในระดับเซลล์ มีการคั่งของกรดแลคติก (Lactic acid) ทารกมีภาวะเครียด และมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย ส่งผลทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ (Stylianou-Riga et al., 2018; The American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2017) ซึ่งจากทบทวนวรรณกรรมพบว่า การทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในช่วงอายุครรภ์ 11, 19 และ 34 สัปดาห์ เพิ่มโอกาสการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย 1.11, 1.19 และ 1.29 เท่า ตามลำดับ เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานไม่เกิน 40 ชั่วโมง/ สัปดาห์ (Bonzini et al., 2009) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Palmer et al. (2013) ที่พบว่า การทำงานเกิน 40 ชั่วโมง/ สัปดาห์ เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 1.23 เท่า (RR = 1.23 (95% CI = 1.13-1.34) และการทำงานที่มากกว่า 40 ชั่วโมง/ สัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ($p = .015$) และการคลอดก่อนกำหนด ($p = .010$) (Niedhammer et al., 2009)

การยืนนาน มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด กล่าวคือการยืนเป็นระยะเวลายาวนานติดต่อกัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกได้น้อย ส่งผลทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนและอาหาร มีผลทำให้ทารกมีน้ำหนักตัวน้อย และมีโอกาสคลอดก่อนกำหนดได้ (วิทยา ธรรมเจริญ, นิตศันย์ เจริญงาม และญาดาภา โชติติลล, 2561) จากการศึกษาพบว่า การยืนนานที่ลำตัวโน้มไปด้านหน้า มากกว่า 1 ชั่วโมง/ วัน ขณะอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 2.92 เท่า (Bonzini et al., 2009; Niedhammer et al., 2009) และการยืนนานมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน

เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 1.22 เท่า (RR = 1.22 (95% CI = 1.12-1.33) (Palmer et al., 2013)

การได้รับวันบุหรีที่ทั้งจากการสูบบุหรี่หรือจากผู้ที่อยู่รอบข้างสูบบุหรี่ การสัมผัสบุหรีมือสองสามารถส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ทำให้เสียชีวิต พิการ หรือคลอดก่อนกำหนดได้ (Cui et al., 2016; Krstev, Marinković, Simić, Kocev, & Bondy, 2013) โดยในวันบุหรีจะมีสารนิโคติน คาร์บอนมอนนอกไซด์ และทาร์ ซึ่งมีผลต่อการทำงานของสื่อประสาทอะเซทิลโคลีน โดปามีน และนอร์อีพิเนพรีน ส่งผลให้มีการขัดขวางของเซลล์ประสาทของทารก ทำให้เส้นเลือดมีการหดตัว เลือดที่ไปเลี้ยงทารกลดลงกว่าปกติ ทำให้ทารกได้รับสารน้ำ อาหาร และออกซิเจนลดลง เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ เช่น ครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) ทารกมีน้ำหนักตัวน้อย (Low birth weight) แท้งหรือตายคลอด (Krstev et al., 2013) และคลอดก่อนกำหนด (วาริญา ททรัพย์เจริญ, 2562; Martínez, Arifa, Subias, & Sans, 2012) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Khader, Al-Akour, AlZubi, and Lataifeh (2011) ที่พบว่า การสัมผัสบุหรีมือสองในขณะตั้งครรภ์ เพิ่มความเสี่ยง 1.56 เท่า ของการเกิดทารกในครรภ์มีน้ำหนักตัวน้อย (OR = 1.56 (95% CI: 1.31, 1.89) และเพิ่มความเสี่ยง 1.61 เท่า ของการคลอดก่อนกำหนด (OR = 1.61 (95% CI: 1.30, 1.99)

ปัจจัยด้านการนอน พบว่า การนอนไม่เพียงพอหรือคุณภาพการนอนที่ไม่ดี ส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาขณะตั้งครรภ์ทำให้เกิดอาการไม่สุขสบายทางกาย เช่น อาการเหนื่อยล้า ปัสสาวะบ่อย ปวดหลัง อึดอัด เป็นตะคริว อาการดังกล่าวอาจจะทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกอ่อนเพลีย ง่วงนอนในเวลากลางวันและถูกรบกวนในเวลากลางคืน ส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับของหญิงตั้งครรภ์ลดลง การนอนหลับไม่เพียงพอ มีผลต่อการทำงานของระบบร่างกาย และภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และคลอดก่อนกำหนดได้ (Okun et al., 2011) โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาการนอนหลับในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ (14-16 สัปดาห์) เพิ่มโอกาสการคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 25 ($p = .02$) และหากมีอาการในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์ (30-32 สัปดาห์) เพิ่มโอกาสการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 18 (Okun et al., 2011)

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ จะช่วยลดปัญหาการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ (Natarajan, 2008; Siakwa et al., 2016) การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะพบได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์และ เกิดขึ้นได้ประมาณร้อยละ 20 ของการตั้งครรภ์ (Sheerin, 2011) ซึ่งมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากการตั้งครรภ์ การเพิ่มของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน และโปรเจสเทอโรนที่สูงขึ้นขณะตั้งครรภ์ มีผลทำให้ท่อไตมีขนาดใหญ่ขึ้น เคลื่อนไหวลดลง

เกิดการหยุดนิ่งของปัสสาวะในท่อไตและขับปัสสาวะออกจากกระเพาะปัสสาวะได้น้อยลง ทำให้ปัสสาวะคั่งค้างส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อที่กระเพาะปัสสาวะ เกิดภาวะกรวยไตอักเสบได้ง่ายขึ้น (Pillitteri, 2010) อย่างไรก็ตาม การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะสามารถป้องกันได้ เนื่องจากการติดเชื้อโดยส่วนใหญ่ เกิดจากการที่เชื้อแบคทีเรียเข้าสู่บริเวณท่อปัสสาวะ จากการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ การดื่มน้ำ และการแต่งกาย ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองให้เหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ในระดับหนึ่ง (กนกพร นทีชนสมบัติ, 2556)

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เป็นโรงพยาบาลในเครือสภากาชาดไทย เป็นโรงเรียนแพทย์ และเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีการศึกษาวิจัยและการพัฒนา มีความก้าวหน้าทางวิทยาการทางการแพทย์ และการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากขึ้น แต่ทั้งนี้ยังพบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนดยังสูงกว่าเป้าที่ได้กำหนดไว้มาก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยทางด้านการดำเนินชีวิต ได้แก่ จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ การยืนนาน การสัมผัสควันบุหรี่มือสอง คุณภาพของการนอนหลับ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยคาดว่าผลการวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลเบื้องต้น และเป็นแนวทางในการนำมาปรับปรุงและพัฒนาแผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ โดยการคัดกรองภาวะเสี่ยง และให้ความรู้ในการปฏิบัติตนที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิต เพื่อลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

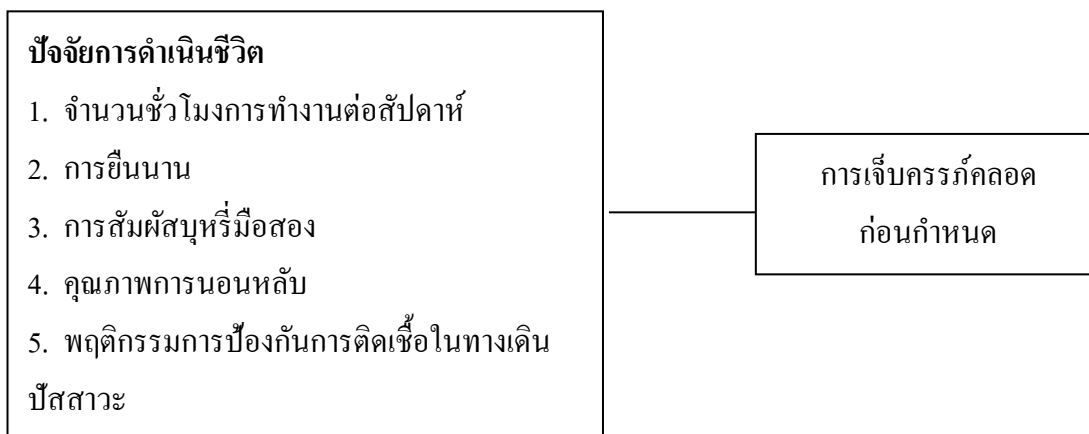
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดำเนินชีวิต ได้แก่ จำนวนชั่วโมงการทำงาน/สัปดาห์ การยืนนาน การสัมผัสควันบุหรี่มือสอง คุณภาพของการนอนหลับ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

สมมติฐานการวิจัย

1. จำนวนชั่วโมงการทำงาน/ สัปดาห์มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
2. การยืนนานมีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
3. การสัมผัสสบู่มือสองมีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
4. คุณภาพของการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
5. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะมีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

งานวิจัยนี้ต้องการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยคัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดจากการทบทวนวรรณกรรม โดยปัจจัยทางด้านการดำเนินชีวิต ได้แก่ ชั่วโมงการทำงาน การยืนนาน การสัมผัสสบู่มือสอง คุณภาพการนอนหลับ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ โดยการทำงานหนัก หรือการทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีผลทำให้เกิดความตึงเครียดกับร่างกาย เกิดการหลั่งแคทีโคลามีน (Catecholamine) ทำให้มีผลกดหลอดเลือดหัวใจ (Niedhammer et al., 2009) เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการยืนนานมากกว่า 4 ชั่วโมง ทำให้ความดันในโพรงมดลูกเพิ่มขึ้น มีผลต่อหลอดเลือดบริเวณช่องท้อง และอุ้งเชิงกรานถูกกดทำให้การไหลเวียนเลือดที่มดลูกลดลง ส่งผลให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ (Danielian & Hall, 2005) การได้รับหรือสัมผัสควันบุหรี่หรือบุหรี่มือสอง การสัมผัสสบู่มือสองจะทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับสารนิโคติน คาร์บอนมอนนอกไซด์ และทาร์ ซึ่งมีผลทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดดำที่มดลูก ทำให้เลือดผ่านรกลดลง ทารกจึงได้รับสารอาหาร และออกซิเจนลดลงและไม่เพียงพอ มีผลทำให้น้ำหนักแรกเกิดน้อย หรือเกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ (กาญจนาณัฐ ทองเมืองชัยเทพ, กัญญาพัชร พงษ์ข้างอยู่, ชุติมา มาลัย และหทัยรัตน์ บุญยพรรณพงศ์, 2562) คุณภาพการนอน การนอนในปริมาณที่ไม่เพียงพอ หรือการนอนหลับไม่สนิท ทำให้คุณภาพการนอนไม่ดีมีผลทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ การมีคุณภาพการนอนที่ดีจึงลดโอกาสการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Okun et al., 2011) ส่วนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะขณะตั้งครรภ์ การมีพฤติกรรมไม่ดีมีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กรอบแนวคิดการวิจัยแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และครบกำหนด ที่รับไว้ดูแล ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563

นิยามศัพท์เฉพาะ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หมายถึง ภาวะที่มีการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอ จนมีผลทำให้เกิดการบางตัวลง และ/ หรือ มีการขยายตัวของปากมดลูก มีอาการแสดงของการเจ็บครรภ์ และแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อป้องกัน ไม่ให้มีการคลอดบุตรที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 20 สัปดาห์ จนถึงก่อน 37 สัปดาห์

คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อการนอนหลับของตนเอง ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประเมินด้วยแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของ Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index [PSQI]) ฉบับภาษาไทย เป็นการประเมินการนอนหลับคุณภาพการนอนหลับทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาของการนอนหลับในแต่ละคืน ประสิทธิภาพการนอนโดยปกติวิสัย การรบกวนการนอนหลับ การใช้นานอนหลับ และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ คุณภาพการนอนหลับดี และคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

จำนวนชั่วโมงการทำงาน หมายถึง จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ของหญิงตั้งครรถ์ที่ทำงาน คิดจาก จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน คูณด้วยจำนวนวันที่ทำงานต่อสัปดาห์ แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ชั่วโมงการทำงานไม่เกิน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และชั่วโมงทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

การยืนนาน หมายถึง จำนวนชั่วโมงต่อวัน ในการยืนอย่างต่อเนื่องกันของหญิงตั้งครรถ์ แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ยืนนานไม่เกิน 4 ชั่วโมงต่อวัน และยืนนานมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน

การสัมผัสสุมหรีมือสอง หมายถึง ความบ่อยครั้งของหญิงตั้งครรถ์ที่ได้รับการสูดดมควันสุมหรี ในระหว่างการตั้งครรถ์จากที่บ้าน ที่ทำงาน หรือที่สาธารณะ แบ่งเป็นการสัมผัสสุมหรี และไม่สัมผัสสุมหรี

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของหญิงตั้งครรถ์ ระหว่างการตั้งครรถ์ในด้านการดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ของตนเองและการไม่กลืนปัสสาวะ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะในหญิงตั้งครรถ์ของ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2562) ด้านพฤติกรรมสุขอนามัยทั่วไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็นหัวข้อดังต่อไปนี้

1. การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
 - 1.1 ความหมายการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
 - 1.2 อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด
 - 1.3 พยาธิสภาพของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
 - 1.4 ผลกระทบของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
 - 1.5 การวินิจฉัยการคลอดก่อนกำหนด
 - 1.6 ปัจจัยส่งเสริมการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
 - 1.7 การป้องกันและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
2. ปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด
 - 2.1 จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์
 - 2.2 การยืนนานติดต่อกัน
 - 2.3 การได้รับหรือสัมผัสควันบุหรี่มือสอง
 - 2.4 คุณภาพของการนอนหลับ
 - 2.5 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ความหมายการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือ ภาวะที่มดลูกมีการหดตัวที่แรงและถี่เกิดก่อนอายุครรภ์จะครบกำหนดในช่วงอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ถึง 37 สัปดาห์ (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2012; 2013) อย่างไรก็ตาม การให้คำจำกัดความของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล สมรรถนะของทีมสูติแพทย์ กุมารแพทย์และเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ (ธีระ ทองสง, 2555) สำหรับในประเทศไทยการวินิจฉัยว่าเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

เริ่มตั้งแต่ 24 สัปดาห์ขึ้นไป จนถึงก่อนที่อายุครรภ์จะครบ 37 สัปดาห์ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนี้อาจดำเนินต่อไปจนครบกำหนดหรืออาจสิ้นสุดด้วยการคลอดทารกก่อนกำหนด (Preterm Birth [PTB]) สำหรับการคลอดก่อนกำหนด แบ่งเป็น 4 ระยะ ตามอายุครรภ์ ดังนี้ (WHO, 2018 a)

1. ช่วงอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ (Extremely preterm)
2. ช่วงอายุครรภ์น้อยกว่า 29-31 สัปดาห์ (Very preterm)
3. ช่วงอายุครรภ์น้อยกว่า 32-33 สัปดาห์ (Moderate preterm)
4. ช่วงอายุครรภ์น้อยกว่า 34-37 สัปดาห์ (Late preterm)

อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด

ในปัจจุบันอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด จะแตกต่างกันไปตามแต่ละพื้นที่ จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000-2014 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดในภาพรวมระดับโลกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.8 เป็นร้อยละ 10.6 (WHO, 2018 b) ในประเทศกำลังพัฒนาพบร้อยละ 11.3-11.8 ส่วนประเทศที่พัฒนาแล้วพบ ร้อยละ 9.3-9.4 (Liu et al., 2012) ซึ่งจากการสำรวจปีล่าสุดขององค์การอนามัยโลกนั้น ในปี ค.ศ. 2014 พบทารกคลอดก่อนกำหนดประมาณ 15 ล้านคน จากทั้งหมด 140 ล้านการเกิดมีชีวิต โดยทวีปเอเชียพบทารกคลอดก่อนกำหนดมากเป็นอันดับหนึ่งของโลก โดยพบร้อยละ 52.9 หรือประมาณ 7.8 ล้านคน รองลงมาคือ ภูมิภาคแอฟริกาใต้ เขตตอนใต้ทะเลทรายซารา ร้อยละ 28.2 และกลุ่มประเทศลาตินอเมริกาและแคริบเบียน ร้อยละ 7.2 (Chawanpaiboon et al., 2019)

อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดในทวีปเอเชีย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงใกล้เคียงกับอุบัติการณ์ทั่วโลก (ร้อยละ 10.4) รวมทั้งประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงในทุก ๆ ปี โดยในปี พ.ศ. 2543-2557 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9 เป็นร้อยละ 12.7 ซึ่งเป็นอัตราที่สูงเป็นลำดับที่ 2 ของกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO, 2018 b) สอดคล้องกับอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลศิริราช ที่พบประมาณร้อยละ 10.7 (ปี พ.ศ. 2550-2551) (Simmons, Rubens, Darmstadt, & Gravett, 2010) และตั้งแต่ในปี พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดในแต่ละพื้นที่ มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นที่ไม่สม่ำเสมอ ดังจะเห็นได้จากการศึกษา การสำรวจข้อมูลสถิติสาธารณสุข ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 พบทารกคลอดก่อนกำหนดและทารกที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ประมาณร้อยละ 10.4 การศึกษาในโรงพยาบาลเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2561 พบทารกคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 11.5, 12.4, 13.7, 11.7 และ 13.4 ตามลำดับ (โรงพยาบาลเชียงใหม่, 2563) และอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมา พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดอยู่ที่ประมาณ

ร้อยละ 9.73, 10.51, 9.58 และ 9.58 (ปี พ.ศ. 2559-2562) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา, 2562) ส่วนโรงพยาบาลในเครือสภาอากาศไทย โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา พบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 11.2, 9.2 และ 13.4 (ปี พ.ศ. 2560-2562) (โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา, 2563) และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จากเดิมที่พบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 9-10 (วรพงษ์ ภู่งงศ์, 2555) แต่จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2560-2562 กลับพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.6, 16.2, 16.1 ตามลำดับ (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2563)

จากข้อมูลสถิติข้างต้นแสดงให้เห็นว่า แม้อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดในแต่ละพื้นที่จะมีแนวโน้มที่ไม่สม่ำเสมอ แต่แนวโน้มโดยภาพรวมแสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของอัตราการคลอดก่อนกำหนดในปัจจุบัน ดังนั้น การคลอดก่อนกำหนดยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขและยังคงมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นสูงในอนาคต

พยาธิสภาพของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ในการเจ็บครรภ์คลอดปกติ ร่างกายจะหลั่งสารคอร์ติซอล (Cortisol) ออกมาจากต่อมหมวกไตของหญิงตั้งครรภ์และทารกมากขึ้น ส่งผลให้รกสร้างสารพรอสตาแกลนดิน (Prostaglandin) มากขึ้น คอร์ติซอลที่มากขึ้นจะไปกระตุ้นเนื้อรกให้สร้างสารคอร์ติโคโทรฟิน-รีลีสซิง ฮอร์โมน (Corticotrophin Releasing Hormone [CRH]) และสารคอร์ติโคโทรฟิน-รีลีสซิง ฮอร์โมนจะไปกระตุ้นต่อมหมวกไตให้สร้างสารพรอสตาแกลนดินมากขึ้นไปอีก ทำให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (สายฝน ชวาลไพบูลย์ และสุจินต์ กนกพงศ์ศักดิ์, 2554) นอกจากนี้ยังพบกระบวนการที่น่าจะเป็นสาเหตุของพยาธิสภาพของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Gray, 2006 อ้างถึงใน ศิริวรรณ แสงอินทร์, 2557) ดังนี้

1. กระบวนการที่เกิดขึ้น (Idiopathic processes) การเจ็บครรภ์เป็นกระบวนการปกติที่เกิดจากการหลั่งออกซิโตซิน (Oxytocin) และการขาดโปรเจสเตอโรน (Progesterone) ระดับออกซิโตซินไม่ได้เพิ่มขึ้นก่อนเริ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและในระยะท้ายของการตั้งครรภ์มีการหลั่งอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิกฮอร์โมน (Adrenocorticotrophic hormone [ACTH]) ซึ่งกระตุ้นให้หลั่งคอร์ติซอล ส่งผลทำให้ระดับของโปรเจสเตอโรนลดลงและระดับของเอสโตรเจน (Estrogen) เพิ่มขึ้น ทำให้มดลูกหดตัว

2. กระบวนการติดเชื้อ (Inflammatory) การติดเชื้อแบคทีเรียในช่องคลอด (Bacterial vaginosis) เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเชื้อแบคทีเรียบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์จะกระตุ้นการตอบสนองทางชีวเคมีของมารดาและทารกในครรภ์ ส่งผลให้สร้างพรอสตาแกลนดินเพิ่มขึ้นและเยื่อโพรงมดลูก (Decidual) มีการหลั่งไซโตคิน (Cytokine)

และเคมีไคน (Chemokine) ซึ่งส่งเสริมให้มีการสร้างพลาสมาเกล็ดเลือด และการซึมผ่านของนิวโทรฟิล (Neutrophil) เพิ่มขึ้นส่งผลทำให้ถุงน้ำคร่ำแตก (Rupture of membranes) และปากมดลูกนุ่ม (Cervical ripening) นอกจากนี้เชื้อแบคทีเรียในน้ำคร่ำยังส่งผลกระตุ้นให้ทารกในครรภ์มีการตอบสนองโดยการหลั่งคอร์ติซอล ซึ่งส่งเสริมให้มีการสร้างพลาสมาเกล็ดเลือด และกล้ามเนื้อมดลูกเกิดการหดตัว

3. กระบวนการกลไกการทำงานของร่างกาย (Mechanical processes) กลไกการทำงานของร่างกายที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การมีเลือดออกในโพรงมดลูกซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากการที่รกเกาะไม่แน่นหรือการได้รับบาดเจ็บทำให้เกิดการติดเชื้อมีการหลั่งทรอมบิน (Thrombin) กระตุ้นให้กล้ามเนื้อมดลูกเกิดการหดตัวได้ การยืดขยายของมดลูกมากกว่าปกติ เช่น ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ นอกจากส่งเสริมให้เกิดการแตกของมดลูกแล้วอาจกระตุ้นให้เซลล์รับการกระตุ้นในมดลูก (Uterine receptor) หลั่งออกซิโทซิน และพลาสมาเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้น

4. กระบวนการจิตสังคม (Psychosocial processes) การคลอดก่อนกำหนดเป็นผลมาจากการตอบสนองความเครียดที่เกิดขึ้นก่อนกำหนด มีปัจจัยทางจิตสังคมหลายอย่างที่สัมพันธ์กับการตอบสนองความเครียดและแสดงออกมาโดยภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ นอกจากนี้ความเครียดยังสามารถกระตุ้นให้สร้างสารกระตุ้นการหดตัวของมดลูก ได้แก่ คอร์ติโคโทรฟิน-รีลีสซิงฮอร์โมน, ไซโคลิน, คอร์ติซอล และพลาสมาเกล็ดเลือด

โดยสรุปแล้วพยาธิสภาพและกระบวนการเกิดการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดนั้นมีกระบวนการเกิด การเจ็บครรภ์ได้ 4 สาเหตุใหญ่ กล่าวคือ 1) กระบวนการที่เกิดขึ้นเองเป็นกระบวนการปกติที่เกิดจากการหลั่งออกซิโทซินและการขาดโปรเจสเตอโรนในระยะท้ายของการตั้งครรภ์ ทำให้มดลูกหดตัว 2) กระบวนการที่มีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดและส่งผลให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ กระบวนการติดเชื้อ 3) กระบวนการกลไกการทำงานของร่างกายที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และ 4) กระบวนการทางจิตสังคมเป็นผลมาจากการตอบสนองความเครียดที่เกิดขึ้นก่อนกำหนด

ผลกระทบของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบผลกระทบ ดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์

1.1 ด้านร่างกาย หญิงตั้งครรภ์อาจได้รับผลกระทบ ดังนี้

1.1.1 ภาวะแทรกซ้อนจากการนอนเป็นระยะเวลานาน ๆ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะครรภ์เสี่ยงสูงที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น การนอนเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกจำกัดกิจกรรมให้นอนอยู่บนเตียงนาน ๆ นั้น แรงกดของกล้ามเนื้อ และกระดูกอาจทำให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง กระดูกเปราะบาง ท้องผูกและมีอาการเมื่อยล้าได้ (ฉัตรฐมณีน โภคัย, นวี เบาทรวง และกรรณิการ์ กันธรักษา, 2554)

1.1.2 แบบแผนการขยับถ่ายเปลี่ยนแปลงขณะรับการรักษา หญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จะถูกจำกัดกิจกรรมและให้นอนพักบนเตียงมากที่สุด บางรายได้รับใส่สายสวนปัสสาวะทำให้ปัสสาวะลำบาก (จิรเนาว์ ทศศรี, 2545) นอกจากนี้ในรายที่นอนโรงพยาบาล พบว่ามีการสูญเสียแคลเซียมและเกิดนิ่วในไตได้ (Gupton, Heaman, & Ashcroft, 1997 อ้างถึงใน ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, 2552)

1.1.3 ไม่สบายจากการหดตัวของมดลูก และอาการข้างเคียงจากได้รับการรักษาด้วยการขยับขยับการคลอด เช่น ชีพจรเต้นเร็ว เจ็บหน้าอก ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสีย (Gupton et al., 1997 อ้างถึงใน ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, 2552)

1.1.4 ในรายที่นอนโรงพยาบาลนานมากกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและพยาธิสภาพจากการไม่ได้เคลื่อนไหวเป็นเวลานาน เช่น อัตรการเต้นของหัวใจช้าลง น้ำหนักลด ภาวะก้อนเลือดอุดตันในเส้นเลือด กล้ามเนื้อขาอ่อนแรง แสบร้อนบริเวณหน้าอก กรดไหลย้อน (เทียรทอง นิมศิริ, 2553)

1.1.5 สัมพันธภาพกับคู่สมรสเปลี่ยนแปลง หญิงตั้งครรภ์ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด มีความวิตกกังวลกับพยาธิสภาพของตนเอง ส่งผลทำให้ความต้องการด้านเพศสัมพันธ์ลดลง และการงดมีเพศสัมพันธ์ขณะตั้งครรภ์ ทำให้สัมพันธภาพกับสามีลดลง เกิดปัญหาครอบครัวตามมาได้ (จิรเนาว์ ทศศรี, 2545)

1.2 ด้านจิตใจ การเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ คือ

1.2.1 ไม่มั่นใจความสามารถในการค้นหาความผิดปกติของตนเอง หญิงตั้งครรภ์ก่อนกำหนดที่เคยมีอาการเจ็บครรภ์แล้วไม่ได้รับความเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ ทำให้เกิดการรับรู้ว่าการของตนเองไม่เป็นอันตราย ไม่มั่นใจในอาการผิดปกติของตนเอง ส่งผลทำให้มารับการรักษาช้าและคลอดก่อนกำหนด (Palmer & Carty, 2006)

1.2.2 กลัวและไม่มั่นใจในการดูแลตนเองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
หญิงตั้งครรภ์กลัวที่จะได้อยู่คนเดียวเพียงลำพัง สอดคล้องกับการศึกษาของ MacKinnon (2006) ที่ศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีประสบการณ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มดังกล่าว มีความรู้ดีกว่าตนเองต้องรับผิดชอบทารกในครรภ์เพื่อไม่ให้คลอดก่อนกำหนด จึงมีความกลัวและไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง

1.2.3 มีความเครียด โดยพบว่า ความเครียดกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล และสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ขณะที่เข้ารับการรักษา จะเพิ่มมากขึ้นสัมพันธ์กับระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (วิภาภรณ์ ตีปปลาละ, 2548) นอกจากนี้ มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ สภาพแวดล้อมไม่คุ้นเคย ไม่มีความเป็นส่วนตัว ถูกจำกัดกิจกรรม แบบแผนกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลงไป และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ (Maloni, 2011)

2. ผลกระทบต่อสุขภาพของทารก

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นสาเหตุที่ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดถึง ร้อยละ 50-80 ถ้าอายุครรภ์ขณะที่ทารกคลอดก่อนกำหนดคือน้อย โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนยิ่งมากขึ้น ทำให้ทารกมีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตก่อนข้างสูงถึงร้อยละ 75 นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 75 ของอัตราการตายปริกำเนิดเกิดจากการคลอดก่อนกำหนดการคลอดก่อนกำหนด ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพของทารก จากการที่ทารกมีน้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเจริญไม่สมบูรณ์และไม่พร้อมที่จะทำงาน จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา ได้แก่ ทารกมีภาวะหายใจลำบากเนื่องจากขาดสาร Surfactant ในถุงลมปอด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในเด็กทารกที่คลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะติดเชื้อในทางเดินอาหาร การติดเชื้อในกระแสเลือด และภาวะช้ำ (ธีระ ทองสง, 2555)

ภาวะขาดออกซิเจนเมื่อแรกเกิด (Perinatal asphyxia) และภาวะเลือดข้น (Polycythemia) ภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลว (Respiratory distress syndrome) เนื่องจากการขาดสารลดแรงตึงผิว (Surfactant) (Lee, Zaffke, & McEnany, 2000)

ระบบการควบคุมอุณหภูมิกายบพร่อง เนื่องจากผิวกายมากกว่าน้ำหนักตัวจึงขาดสมดุลในการปรับอุณหภูมิของร่างกาย

ระบบทางเดินอาหาร โดยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลำไส้เน่า (Necrotizing enterocolitis)

ระบบสมอง โดยอาจมีภาวะเลือดออกในสมอง (Intraentricular Hemorrhage [IVH], Periventricular Hemorrhage [PVH]) จากการแตกง่ายของเส้นเลือด

ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง จากช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ อิมมูโนโกลบูลินจี (Immunoglobulin G [IgG]) จากมารดามารูทาร์กในปริมาณมากจึงทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ

3. ผลกระทบต่อครอบครัว

การคลอดก่อนกำหนด มีผลต่อการทำบทบาทการเป็นมารดาและทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป เริ่มตั้งแต่ในระยะเจ็บครรภ์คลอดและหลังคลอด โดย หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในขณะที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการลดและปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเองเพื่อดูแลทารกในครรภ์ให้คลอดครบกำหนด จึงจำเป็นต้องลงงานประจำที่ทำร่วมกับสมาชิกในครอบครัวรวมถึงกิจกรรมนันทนาการกับครอบครัว ส่งผลทำให้สัมพันธภาพระหว่างครอบครัวลดลง (MacKinmon, 2006) และภายหลังคลอดทารกคลอดก่อนกำหนดจะแยกจากมารดา ทำให้สัมพันธภาพของมารดาทารกลดลง นอกจากนี้การที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับการรักษาในโรงพยาบาล จะส่งผลกระทบต่อรายได้ครอบครัวหรือค่าครองชีพภายในบ้าน

สรุปผลกระทบของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อหญิงตั้งครรภ์มีทั้งด้านร่างกายจิตใจ และผลกระทบต่อรายได้ครอบครัว และยังส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์รวมสุขภาพของทารกที่คลอดก่อนกำหนด

การวินิจฉัยการคลอดก่อนกำหนด

การวินิจฉัยการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถใช้การวินิจฉัยได้ 3 ส่วน (Simpson & Creehan, 2008; Gilbert, 2011 อ้างถึงใน ปิยาณี นักบุญ, 2554) ดังนี้

1. การซักประวัติ ได้แก่ ประวัติการเจ็บครรภ์ จากการซักประวัติที่หญิงตั้งครรภ์สามารถสังเกตได้ด้วยตนเอง ได้แก่ อาการปวดเหมือนปวดประจำเดือน ปวดหน่วงบริเวณหลังหรือเอวส่วนล่าง ลักษณะการปวดอาจเป็น ๆ หาย ๆ หรือปวดตลอดเวลา มีมูกหรือมูกเลือดออกทางช่องคลอดหรือมีน้ำเดิน (วรนุช ไชยวาน, 2555)

2. การตรวจร่างกาย การคลำหน้าท้อง เพื่อประเมินการหดตัวของมดลูก มักพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะมีการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอจำนวนตั้งแต่ 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 8 ครั้งใน 1 ชั่วโมง (สายฝน ชาวลาไพบุสย์ และสุจินต์ กนกพงศ์ศักดิ์, 2554)

3. การตรวจพิเศษ

3.1 การตรวจทางชีวเคมี สารไฟโบรเนคติน (Fetal fibronectin) เป็นสารเคมีที่ใช้สำหรับการตรวจทำนายอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นสารที่เกิดจากเนื้อเยื่อของทารก โดยปกติสามารถพบได้ตั้งแต่อายุครรภ์ 16-20 สัปดาห์ การตรวจสารไฟโบรเนคตินจะตรวจเมื่อ

ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 3 เซนติเมตร อายุครรภ์ที่ตรวจระหว่าง 22-34 สัปดาห์ (Varma, Gupta, James, & Kilby, 2006 อ้างถึงใน วรนุช ไชยวาน, 2555) โดยการป้ายสารคัดหลั่งบริเวณหลังช่องคลอดด้านในสุด (Posterior fornix) มาตรวจ ถ้าพบสารนี้ปริมาณ 50 Mg/ mL แสดงว่า ผลการตรวจเป็นบวก หญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (ปัญญา พันธุ์บุรณะ, 2554; Varma et al., 2006 อ้างถึงใน วรนุช ไชยวาน, 2555)

3.2 การวัดความยาวของปากมดลูกด้วยคลื่นความถี่สูง (Transvaginal cervical sonography) เป็นการวัดความยาวของปากมดลูกโดยวัดจาก External os ไปยัง Internal os วัดตามความยาวของ Cervical canal อายุครรภ์ 14-22 สัปดาห์ ในภาวะที่ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ ปากมดลูกจะมีความยาวเฉลี่ยเท่ากับ 35-40 มิลลิเมตร และเมื่ออายุครรภ์ 22-24 สัปดาห์ หากพบว่าปากมดลูกสั้นกว่า 25 มิลลิเมตร มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนอายุครรภ์ 35 สัปดาห์ (สายฝน ชวาลไพบูลย์ และสุจินต์ กนกพงศ์ศักดิ์, 2554; Goldenberg, 2002)

3.3 การประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยเครื่องบันทึก การหดตัวของมดลูกสภาพของทารกในครรภ์ (Electronic fetal monitoring) เป็นเครื่องมือที่ประเมินการหดตัวของมดลูกและอัตราการเต้นของหัวใจทารก โดยใช้ Tocotransducer ติดเข้ากับผนังหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์บริเวณยอดมดลูกเพื่อประเมินการหดตัวของมดลูก และใช้ Dropper วางในตำแหน่งที่สามารถฟังเสียงหัวใจทารกได้ชัดเจน โดยเครื่องจะแปลสัญญาณออกมาเป็นรูปกราฟ ซึ่งสามารถดูผลการตรวจได้ ถ้าพบการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมออย่างน้อย 4 ครั้งใน 20 นาที จะได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Varma et al., 2006 อ้างถึงใน วรนุช ไชยวาน, 2555)

ปัจจัยส่งเสริมการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

สาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่นอน แต่การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยส่งเสริมการคลอดก่อนกำหนดหลายปัจจัย โดยสามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยทางด้านมารดา ปัจจัยทางด้านทารก และปัจจัยทางด้านพฤติกรรม (Cunningham et al., 2018)

1. ปัจจัยด้านมารดา ประกอบด้วย ปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

1.1.1 อายุของหญิงตั้งครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และอายุมากกว่า 35 ปี มีความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ 1,944 ราย ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มีความเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20-35 ปี ($p = 0.043$, $OR = 1.586$) (Hidayat et al., 2016) นอกจากนี้อัตราการคลอดก่อนกำหนด ยังพบได้สูงที่หญิงตั้งครรภ์อายุ 16 ปี (ร้อยละ 10) และหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า

35 ปี (ร้อยละ 10) และพบได้สูงสุดที่หญิงตั้งครรภ์อายุมากกว่า 45 ปี (ร้อยละ 11) (Dudenhausen et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษา ผลของอายุมารดาต่อการคลอดก่อนกำหนด ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ขนาดใหญ่ 184,000 ราย ผลการศึกษาพบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงที่เพิ่มสูงสุดในมารดาที่มีอายุมากกว่า 40 ปี (OR 1.39, 95% CI 1.24-1.57) (Fuchs, Monet, Ducruet, Chaillet, & Audibert, 2018)

1.1.2 ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ต่ำมากและสูงมาก จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดการคลอดก่อนกำหนดได้มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ปกติ จากการศึกษาความสัมพันธ์ของอายุมารดา ค่าดัชนีมวลกายและการคลอดก่อนกำหนด ของ Dudenhausen et al. (2018) ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ต่ำ ($BMI \leq 18.5 \text{ Kg/m}^2$) มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 9.6 รองลงมา คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์สูง ($BMI \geq 40 \text{ Kg/m}^2$) ร้อยละ 8.6 และ หญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ช่วง $35.0-39.9 \text{ Kg/m}^2$ ร้อยละ 7.8 ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rafei et al. (2016) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ ต่อการคลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์น้อย ($BMI \leq 18.5 \text{ Kg/m}^2$) มีความเสี่ยงสูงสุดต่อการคลอดก่อนอายุครรภ์ 33 สัปดาห์ (OR 1.58, 95% CI 1.16-2.14) และก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ (OR 1.42, 95% CI 1.28-1.58) นอกจากนี้ หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์น้อยกว่าเกณฑ์และมากกว่าเกณฑ์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดได้ในระดับ OR 1.25 (95% CI 1.15-1.35) และ OR 1.43 (95% CI 1.32-1.55) ตามลำดับ

1.1.3 ระดับการศึกษาของหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาต่ำส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาต่ำ มักจะขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหรือมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในขณะที่ตั้งครรภ์ที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ จากการศึกษาของ Strouse, Perez-Cuevas, Lahiff, Walsh, and Guendelman (2016) พบความสัมพันธ์ของระดับการศึกษาต่อการคลอดก่อนกำหนด โดยหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการศึกษาเล็กน้อยหรือไม่ได้รับการศึกษาเลย มีโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด $RR = 0.96$ (95% CI 0.93-0.98) ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการศึกษาในขั้นพื้นฐาน มีโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด $RR = 0.50$ (95% CI 0.46-0.54)

1.1.4 เศรษฐฐานะ การที่หญิงตั้งครรภ์มี เศรษฐฐานะไม่ดีส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนด (Weightman et al., 2012; Brumberg & Shah, 2015; Wood, 2016) โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีฐานะยากจนอาจมีภาวะทุพโภชนาการจากการไม่สามารถซื้ออาหารมาบริโภค ทำให้มีน้ำหนักตัวน้อย มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ต่ำ รวมทั้งการมีฐานะที่ยากจน อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาเล็กน้อย ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดตามที่ได้กล่าวมาแล้วในข้างต้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีเศรษฐานะที่ไม่ดี มีโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด $OR = 2.42$ (95% CI 1.60-3.66) (Yuan et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Margerison-Zilko et al. (2015) ที่พบว่า การมีเศรษฐานะที่ไม่ดีในระยะยาวส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนด

1.1.5 โรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Kharaghani et al., 2018) ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hidayat et al., 2016; Kharaghani et al., 2018; Liabsuetrakul et al., 2019) เนื่องจากโรคเหล่านี้ ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณรกไม่เพียงพอ ทำให้รกรเกิดการเสื่อมสภาพและเกิดการหดตัวของมดลูกขึ้น (Goldenberg et al., 2008 อ้างถึงใน วรรณช ไซยวาน, 2555)

1.2 ปัจจัยด้านสูติกรรม ได้แก่

1.2.1 ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน มีโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดได้สูง ($p < .001$, $OR = 2.337$) (Hidayat et al., 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ ระพี เกลิมวุฒานนท์ และคณะ (2559) ที่ทำการศึกษาแบบย้อนหลังเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน มีโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ($p = .000$) และหญิงตั้งครรภ์ที่มีเลือดออกทางช่องคลอดในระยะตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงเพิ่มต่อการคลอดก่อนกำหนด และในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป อาจมีโอกาสเกิดซ้ำได้อีกประมาณร้อยละ 14.3 ในครรภ์ที่สอง และเพิ่มเป็นร้อยละ 28.1 ในครรภ์ที่สาม (Slattery et al., 2008 อ้างถึงใน วรรณช ไซยวาน, 2555)

1.2.2 ภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ การมีความผิดปกติในระหว่างการตั้งครรภ์ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ ดังนี้

1.2.2.1 มดลูกผิดปกติและขยายตัวมากเกินไป เช่น ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ เนื่องจากที่ตัวมดลูก มดลูกผิดปกติ (ระพี เกลิมวุฒานนท์ และคณะ, 2559; Bacelis et al., 2018; Wagura et al., 2018) ซึ่งการยืดขยายของมดลูกมากกว่าปกตินี้ นอกจากจะส่งเสริมให้เกิดการแตกของถุงน้ำคร่ำแล้ว อาจกระตุ้นให้เซลล์รับการกระตุ้นในมดลูก หลังสารออกซิโทซินและพรอสตา

แคลนดินเพิ่มขึ้น จึงทำให้มดลูกเกิดการหดตัว จากการศึกษาของ ระบุณี เณลิวุฒานนท์ และคณะ, (2559) พบว่า การตั้งครรภ์แฝดมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .000$) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการคลอดก่อนกำหนดของ Wagura et al. (2018) พบว่า การตั้งครรภ์แฝดมีโอกาสเกิดการคลอดก่อนกำหนด $OR = 3.75$ (95% CI 1.02-14.43)

1.2.2.2 ปัญหาที่ปากมดลูก เช่น ปากมดลูกสั้น โดยปากมดลูกที่สั้นกว่าหรือเท่ากับ 25 มิลลิเมตร มีความสัมพันธ์ต่อการคลอดก่อนกำหนดสูง (Grimes-Dennis & Berghella, 2007; Vink & Feltovich, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ McIntosh, Feltovich, Berghella, and Manuck (2016) ที่พบว่า การมีปากมดลูกสั้นมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดได้สูง โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน มีการตั้งครรภ์แฝด มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด หรือมีภาวะรกเกาะต่ำ

1.2.2.3 พยาธิสภาพของรก เช่น ภาวะรกเกาะต่ำ (Kollmann et al., 2016) ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (Placental abruption or abruptio placentae) การมีเลือดออกทางช่องคลอดขณะตั้งครรภ์ หรือการได้รับบาดเจ็บ (Hidayat et al., 2016; Wagura et al., 2018) ทำให้เกิดการติดเชื้อและมีการหลั่งสาร thrombin จากตำแหน่งที่มีเลือดออก กระตุ้นกล้ามเนื้อมดลูกทำให้มดลูกเกิดการหดตัวได้ ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ ของ Hidayat et al. (2016) ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีเลือดออกทางช่องคลอดขณะตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด $OR = 6.917$ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wagura et al. (2018) ที่พบโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด $OR = 2.79$ (95% CI 1.11-6.99)

1.2.2.4 การติดเชื้อ การติดเชื้อในร่างกายส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนดได้ เช่น การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อแบคทีเรียในช่องคลอด จากการศึกษาของ Wagura et al. (2018) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด $OR = 1.925$ (95% CI 1.085-3.414) และจากการศึกษาผลลัพธ์ของ Bacterial Vaginosis ต่อการคลอด ของ Afolabi et al. (2016) ผลการศึกษาพบว่า การติดเชื้อแบคทีเรียในช่องคลอด มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด $RR = 2.68$ (95% CI 1.085-3.414)

2. ปัจจัยด้านทารก (สายฝน ชวาลไพบูลย์, 2553) ได้แก่

2.1 ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ เช่น ท่าขวาง ท่าก้น ท่าหน้า ซึ่งจากการศึกษาของ Demol et al. (2000) พบว่า ทารกที่อยู่ในท่าผิดปกติ มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 12.8 โดยเป็นทารกท่าก้นร้อยละ 73 ทารกท่าขวางร้อยละ 22 และทารกที่มีท่าผิดปกติอื่น ๆ ร้อยละ 5

2.2 ทารกที่มีความพิการหรือมีความผิดปกติแต่กำเนิด (Congenital anomalies) จากการศึกษาของ Rochefort-Beaudoin (2019) พบว่า ทารกที่มีความผิดปกติแต่กำเนิดชนิดเล็กน้อย (Minor congenital anomalies) 5,294 ราย มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด โดยคลอดที่อายุครรภ์ประมาณ 29-31 สัปดาห์

2.3 ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Intrauterine growth restriction) จากการศึกษาของ Kreko, Kola, Sadikaj, Dardha, and Tushe (2019) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทารกที่คลอดก่อนกำหนดกับภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ มีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ 88 ราย จากทั้งหมด 336 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.2

2.4 ทารกเสียชีวิตในครรภ์ (Dead fetus in utero) โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 75 ของมารดาที่มีทารกเสียชีวิตในครรภ์ มักจะเกิดการเจ็บครรภ์คลอดเองภายใน 2 สัปดาห์ (สุชชา ลีสุวรรณ, 2558)

3. ปัจจัยทางด้านพฤติกรรม ประกอบด้วยพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ดังนี้

3.1 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด โดยหากหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารน้อย อาจส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดภาวะทุพโภชนาการ มีน้ำหนักตัวน้อยหรือมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์น้อยกว่าเกณฑ์ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด จากการศึกษาของ Zerfu, Umeta, and Baye (2016) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับอาหารไม่เพียงพอ มีโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ARR = 4.61 (95% CI 2.31-9.19) สอดคล้องกับการศึกษาของ El Sayed and Mohamed (2019) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตต่อการคลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาพบว่า การได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอขณะตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ต่อการคลอดก่อนกำหนด ($p = .01$) ในทางตรงกันข้าม หากหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มากเกินไปจนเกินไป หรือรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ อาจส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีน้ำหนักตัวมาก หรือมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์มากกว่าเกณฑ์ (Chuang et al., 2014) เกิดภาวะอ้วนและส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hung, Chen, & Hsu, 2015) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดตามที่ได้กล่าวมาแล้วในข้างต้น

3.2 พฤติกรรมการนอนหลับ พฤติกรรมการนอนหลับของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ต่อการคลอดก่อนกำหนด โดยจากการศึกษาของ El Sayed and Mohamed (2019) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีชั่วโมงในการนอนหลับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ชั่วโมง มีความสัมพันธ์ต่อการคลอดก่อนกำหนดสูง ($p = .00$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Felder, Baer, Rand,

Jelliffe-Pawlowski, and Prather (2017) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติด้านการนอนหลับ (Sleep disorder diagnosis) ได้แก่ โรคนอนไม่หลับ (Insomnia) มีโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด OR = 1.3 (95% CI 1.0-1.7) ($p = .023$) และภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Sleep apnea) มีโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด OR = 1.5 (95% CI 1.2-.8) ($p = .001$)

3.3 พฤติกรรมการการใช้ยาเสพติด เช่น การสูบบุหรี่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีการสูบบุหรี่ตลอดการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ต่อโอกาสเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะการคลอดในอายุครรภ์ที่น้อยกว่า 28 สัปดาห์ (OR = 1.20, 95% CI 1.02-1.40) (Moore, Blatt, Chen, Van Hook, & DeFranco, 2016) และการดื่มสุราในระหว่างการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ต่อโอกาสเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดสูง โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ที่มีการดื่มสุรา ≥ 300 g ethanol/สัปดาห์ (OR = 4.52; 95% CI 1.68-12.2) (Ikehara, Kimura, Kakigano, Sato, & Iso, 2019)

3.4 พฤติกรรมการสัมผัสสารเคมีต่าง ๆ การสัมผัสสารเคมีในระยะตั้งครรภ์ มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด โดยการศึกษาของ Padula et al. (2018) ที่ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยมลพิษทางสิ่งแวดล้อมและสังคมต่อการคลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาพบว่า การดื่มน้ำที่มีการปนเปื้อนของธาตุยูเรเนียม (Uranium) สารไตรคลอโรเอทิลีน (Trichloroethylene [TCE]) และไตรฮาโลมีเทน (Trihalomethanes [THMs]) มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดสูง และจากการศึกษาของ Jiang et al. (2018) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการสัมผัสกับสารเทลเลียม (Thallium) (พบมากในยาฆ่าหนูหรืออุตสาหกรรมเพชรเทียม) มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ที่สั้นลง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

โดยสรุป ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้น เกิดจากปัจจัยเสี่ยงทั้งด้านมารดา ด้านทารกในครรภ์ และปัจจัยทางด้านพฤติกรรม ดังนั้นการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จะต้องลดปัจจัยเสี่ยงที่กล่าวข้างต้น

การป้องกันและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

การป้องกันและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีแนวปฏิบัติ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) มีจุดประสงค์เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายทั้งก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ โดยในระยะก่อนตั้งครรภ์พยาบาลจะมีบทบาทในการให้ความรู้เพื่อเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและผลกระทบที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังมีการคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย

(ฉันทะ วัฒนานันท์ โกศัล และคณะ, 2554) อย่างไรก็ตามเกณฑ์การคัดกรองความเสี่ยงมีความแตกต่างกันไปในแต่ละโรงพยาบาล และยังมีแนวปฏิบัติไม่ชัดเจน และยังไม่ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทั้งหมด

2. ระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) จะมุ่งเน้นที่การรักษาหรือลดความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยการศึกษาประวัติหญิงตั้งครรภ์อย่างละเอียด โดยเฉพาะประวัติการตั้งครรภ์ครั้งก่อนเพื่อประเมินความเสี่ยงและให้การรักษาส่งเสริม เช่น ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน อาจเป็นการแท้ง การป้องกันการตั้งครรภ์และการรักษาการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ซึ่งแพทย์จะให้การรักษาโดยขึ้นอยู่กับภาวะเสี่ยงของแต่ละบุคคล (Grimes-Dennis & Berghella, 2007; Lams, Romero, Culhane, & Goldenberg, 2008 อ้างถึงใน ฉันทะ วัฒนานันท์ โกศัล, จวี เบาทรวง และกรรณิการ์ กันชะรักษา, 2554)

3. ระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) คือ การดูแลรักษาเมื่อมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยมีการตรวจวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างถูกต้องรวดเร็ว จากการประเมินการหดตัวของมดลูก การแตกของถุงน้ำคร่ำ และการมีมูกหรือเลือดออกจากช่องคลอด เพื่อช่วยให้การวินิจฉัยได้ถูกต้องและให้การดูแลรักษาได้อย่างทันที่และมีประสิทธิภาพ โดยการเฝ้าระวังภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด การใช้ยาเพื่อช่วยยับยั้งการหดตัวของมดลูก และการให้ยากระตุ้นการเจริญปอดทารก ขณะให้การยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยยานั้น ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดหญิงตั้งครรภ์ก็คือ พยาบาล และหรือบุคลากรทางการแพทย์ จึงควรมีการดูแลที่ดี โดยก่อนจะทำการพยาบาลใด ๆ พยาบาลต้องอธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงเหตุผลในการให้พยาบาลนั้น ๆ วิธีการและขั้นตอนต่าง ๆ โดยสังเขป เพื่อให้มีความพร้อมด้านจิตใจและเพื่อความร่วมมือในการปฏิบัติ

การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่สำคัญ คือ การป้องกันในระดับปฐมภูมิ เพื่อปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดจึงมีความสำคัญ อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาการศึกษาเรื่องนี้มาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในต่างประเทศ แต่ในประเทศไทยการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด มักศึกษาปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม และปัจจัยการตั้งครรภ์ เช่น อายุ รายได้ อาชีพ การศึกษา ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ประวัติการแท้ง เป็นต้น ซึ่งจะเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง แต่ปัจจุบันบริบทสังคมเปลี่ยนแปลงไป วิธีการดำเนินชีวิตของบุคคลเปลี่ยนไป ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด อีกทั้งยังเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนแก้ไขได้ ด้วยการให้คำแนะนำของพยาบาลผดุงครรภ์ ประกอบกับยังมี

การศึกษากันไม่มากนักในประเทศไทย ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงต้องการศึกษาปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญ ที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด และสามารถปรับแก้ไขได้โดยการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ มีดังนี้

1. จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์

การทำงานหนักหรือทำงานที่มากกว่า 42 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ทำให้เกิดการอ่อนล้า กล้ามเนื้อลายมีการออกกำลังมากเป็นการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ (Sympathetic nervous system) ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มปริมาณมากขึ้น และไปเลี้ยงที่กล้ามเนื้อลาย มีผลให้เลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณมดลูกและรกลดลง มีการหลั่งแคททีโคลามีน ทำให้เส้นเลือดส่วนปลายตีบ มีผลทำให้เกิดการขาดออกซิเจนที่เซลล์เนื้อเยื่อเกิดการหายใจแบบไม่ใช้ออกซิเจนในระดับเซลล์ มีการคั่งของกรดแลคติก ทารกมีภาวะเครียด และมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย (Haram, Mortensen, & Wollen 2003) ส่วนการศึกษาของ (Freda, Aleresen, & Damus, 1990) ซึ่งศึกษาการดำเนินชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดผลกระทบบของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนกำหนดเพื่อจะให้คำปรึกษาในแต่ละราย พบว่า กลุ่มหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบมากในกลุ่มที่ทำงาน 31-40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

2. การยืนนาน

การยืนนานมากกว่าวันละ 6 ชั่วโมง (Barrera, Amador, & MacKay, 2011; ประภัสรวาณิชพงษ์พันธุ์, 2554) ทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกได้น้อย ส่งผลทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนและอาหาร มีผลทำให้ทารกมีน้ำหนักตัวน้อย และมีโอกาสคลอดก่อนกำหนดได้เช่นกัน (จิตติกันต์ ณ ปั่น, 2558; วิทมา ธรรมเจริญ และคณะ, 2561) งานวิจัยพบว่า การยืนนานมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด และการยกของหนักจะทำให้หน้าท้องเกิดการเกร็งตัวเป็นเหตุให้มดลูกหดตัวก่อนกำหนดได้ (Bonzini et al., 2009; Niedhammer et al., 2009)

3. การได้รับหรือสัมผัสควันบุหรี่มือสอง

บุหรี่ประกอบไปด้วยสารต่าง ๆ มากถึง 4,000 ชนิด ซึ่งแต่ละชนิดมีผลต่อร่างกายของผู้ที่สูบทั้งสิ้น สารเหล่านี้ได้แก่

1. สารนิโคติน (Nicotine) เป็นสารที่มีอันตรายมากที่สุดเมื่อเทียบกับสารอื่นในบุหรี่ และเป็นสารที่มีผลต่อระบบประสาทในร่างกาย สารนิโคตินจะเพิ่มการหลั่งของสารสื่อประสาท

ที่ชื่อว่า แดททีโคลามีน อีพิเนฟริน (Epinephrine) และนอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine) ทำให้เกิดการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจให้เร็วขึ้น เพิ่มความดันโลหิตให้สูงขึ้น เกิดการหดตัวของเส้นเลือด เพิ่มปริมาณการใช้ออกซิเจน มีผลต่อการหมุนเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ หัวใจเต้นผิดปกติจะเพิ่มปริมาณของเลือดที่ออกจากหัวใจ เพิ่มปริมาณกรดไขมันในเลือดและทำให้เกิดเลือดติดกันมีการค้นพบว่านิโคตินเป็นส่วนหนึ่งของการเกิดโรคหัวใจที่เกี่ยวข้องกับระบบเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ เนื่องมาจากนิโคตินนี้จะไปเพิ่มปริมาณของกรดไขมันซึ่งทำให้เกิดการอุดตันของไขมันในเส้นเลือด ในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน สารนิโคตินนั้นเป็นสาเหตุหนึ่งของการขาดเลือดที่ไปเลี้ยงแขนขาทั้งแบบเฉียบพลัน และเรื้อรัง ทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อ ผลของสารนิโคตินที่มีต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายมีดังนี้

1.1 ผลระบบประสาทส่วนกลางนั้นมีผลต่อตัวรับในสมอง (Receptors in brain) นำไปสู่การหลั่งของสาร อะเซทิลโคลีน (Acetylcholine) นอร์อีพิเนฟริน โดพามีน (Dopamine) ซีโรโทนิน (Serotonin) วาโซเพรสซิน (Vasopressin) ฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต (Growth hormone) อะดีโนคอร์ติโคโทรปิน (Adenocorticotropin) และเบต้า-เอ็นโดฟิน (Beta-endorphin) ผลของนอร์อีพิเนฟรินและโดพามีน ทำให้มีความรู้สึกสดชื่น และเบื่ออาหาร ผลของอะเซทิลโคลีน ทำให้มีการทำงานดีขึ้น ผู้ที่สูบบุหรี่ได้รับสิ่งเร้าและอารมณ์ผ่อนคลายจากสมอง ทำให้มีความตั้งใจในการทำงาน เพิ่มทักษะในการแก้ไขปัญหา ลดภาวะอารมณ์ตึงเครียด ผลต่อระบบการทำงานของหัวใจ หัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย การทำงานของหัวใจล้มเหลว หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตสูง

1.2 ผลต่อการทำงานของระบบทางเดินหายใจ มะเร็งระบบทางเดินหายใจ ถุงลมโป่งพอง ปอดบวม วัณโรค หอบหืด โดยเฉพาะในเด็ก (จากการสูดดมควันบุหรี่) สาเหตุการเสียชีวิตในเด็กแรกเกิดทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจในเด็กแรกเกิด

1.3 ผลต่อผู้ที่ตั้งครรภ์และผลต่อระบบสืบพันธุ์ เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อย รกลอกตัวก่อนกำหนดและคลอดก่อนกำหนด ประจำเดือน การตกไข่ การผสมพันธุ์ และการฝังตัวของไข่ผิดปกติ ความรู้สึกทางเพศลดลง ปริมาณของอสุจิลดลง

1.4 ผลต่อการทำงานของระบบทางเดินอาหารเป็นแผลในกระเพาะอาหารเป็นแผลในลำไส้

1.5 โรคที่มีความเสื่อมถอยของการทำงานหรือโครงสร้างของเนื้อเยื่อหรืออวัยวะ (Degenerative disease) เช่น โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) กระจกพรุน ผิวหนังแก่ก่อนวัยอันควร เป็นต้น

2. ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์นี้จะเข้าไปจับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง แทนที่ก๊าซออกซิเจน ซึ่งจะทำให้เม็ดเลือดแดงจับก๊าซออกซิเจนได้น้อยลงมากกว่าร้อยละ 15 เมื่อเทียบกับภาวะปกติ ทำให้เกิดภาวะก๊าซออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายได้น้อยลง ซึ่งเป็นอันตรายต่อร่างกายมาก และเป็นสาเหตุหนึ่งของการทำให้เกิดโรคหัวใจ (Coronary Heart Disease [CHD])

3. ทาร์ (Tar) สารตัวนี้เป็นสารที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็ง ยิ่งในบุหรี่ที่มีก้นกรองปริมาณของทาร์ที่ถูกปล่อยออกมาจะมีมากขึ้น สารเคมีที่มีในทาร์จะประกอบด้วยสารก่อมะเร็งหลายสิบชนิด (พัชรินทร์ อินทร์ปรุง, 2551)

4. โกลโคโปรตีน (Glycoprotein) เป็นตัวที่กระตุ้นให้เกิดภาวะภูมิแพ้

5. ไนโตรซามีน (Nitrosamines) เป็นสารก่อมะเร็งในสัตว์ และคาดว่าน่าจะก่อโรคมะเร็งในคน

6. เบนโซไพรีนและฟีนอล (Benzo (a) pyrene and phenols) เป็นสารก่อมะเร็งในคน

7. ก๊าซพิษอื่น ๆ เช่น ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (Hydrogen cyanide) แอมโมเนีย (Ammonia) ไฮโดรเจนออกไซด์ (Hydrogen oxide) และไนโตรเจนออกไซด์ (Nitrogen oxide) ล้วนแต่เป็นก๊าซพิษที่มีผลต่อร่างกาย โดยจะมีผลทำให้เกิดการไอ และท่อทางเดินหายใจแคบลง ถ้ายังได้รับก๊าซพิษเหล่านี้ไปนาน ๆ จะทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease [COPD])

โดยสรุปบุหรี่และควันบุหรี่ มีสารที่เป็นพิษแก่ร่างกาย และก่อให้เกิดโรคร้ายต่าง ๆ หลายโรค เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น นอกจากนี้การสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่ในขณะตั้งครรภ์ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทารกทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด

ผลของบุหรี่ที่มีต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

การได้รับควันบุหรี่ทั้งจากการที่หญิงตั้งครรภ์สูบบุหรี่เองหรือจากผู้ที่อยู่รอบข้างสูบบุหรี่ หรือการสัมผัสบุหรี่มือสอง สามารถส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ทำให้เสียชีวิตหรือพิการได้สูง และคลอดก่อนกำหนดได้ (Krstev et al., 2013) ในควันบุหรี่ยังมีสารนิโคติน คาร์บอนมอนอกไซด์และทาร์ มีผลต่อการทำงานของสื่อประสาทอะเซทิลโคลีน โดปามีน และนอร์อีพิเนพรีน ส่งผลให้มีการขัดขวางของเซลล์ประสาทของทารก มีผลทำให้เส้นเลือดมีการหดตัว ทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงทารกโดยผ่านทางรกมีลดลงกว่าปกติ ทำให้ทารกได้รับสารอาหารและออกซิเจนลดลง เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ได้ เช่น ครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) ทารกมีน้ำหนักตัวน้อย แท้งหรือตายขณะคลอด (Goel, Radotra, Singh, Aggarwal, & Dua, 2004; Krstev et al., 2013) และคลอดก่อนกำหนด (วรัญญา ทรัพย์เจริญ, 2562; Hernandez-Martinez, Val, Subias, & Sans, 2012)

การศึกษาวิจัยในต่างประเทศ พบว่า การสัมผัสบุหรี่มือสองเป็นสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนด การแท้งบุตร และภาวะอื่น ๆ เช่น รกมีการเกาะต่ำกว่าในตำแหน่งที่กำหนด Department of Health and Human Service USA พบว่าร้อยละ 20 ของหญิงตั้งครรภ์ที่สัมผัสกับควันบุหรี่มือสองให้กำเนิดทารกที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ และในเด็กที่ได้รับควันบุหรี่มือสองจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นของโรคหลอดลมอักเสบ หอบหืด มีปัญหาาระบบทางเดินหายใจ และปอดชะลอการเจริญเติบโต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Khader et al. (2011) พบว่า การสัมผัสบุหรี่มือสองในขณะตั้งครรภ์ เพิ่มความเสี่ยง 56 เท่า ของการเกิดทารกในครรภ์มีน้ำหนักตัวน้อย (OR = 1.56, 95% CI: 1.31, 1.89) และเพิ่มความเสี่ยง 61 เท่า ของการเกิดการคลอดก่อนกำหนด (OR = 1.61, 95% CI: 1.30, 1.99) และจากการศึกษาของ Hoyt et al. (2018) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสัมผัสควันบุหรี่ (Secondhand smoke) มีโอกาสเสี่ยงที่จะคลอดก่อนกำหนด (OR = 2.17; 95% CI 1.22-3.88) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cui et al. (2016) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสัมผัสควันบุหรี่ (Passive maternal smoking) มีโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (OR = 1.26, 95% CI = 1.05-1.52)

การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ พบว่าการสัมผัสควันบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ มีผลต่อการเกิดทารกในครรภ์ โดยการสืบค้นงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ PubMed, Cochrane, Thai Jo, Thai LIS, Science Direct โดยสืบค้น จาก Google Scholar ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ถึง 2560 ผลการรวบรวมพบว่า มีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ การประเมินคัดเข้า จำนวน 15 เรื่อง และสามารถสรุปผลของการสูบบุหรี่หรือการได้รับควันบุหรี่ขณะ ตั้งครรภ์ต่อทารกแบ่งได้เป็น 3 ประเด็น คือ 1) มารดาที่สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ มีผลให้คลอดทารกน้ำหนัก น้อยกว่า 1,700 กรัม ความยาวเส้นรอบศีรษะเล็ก ความยาวตัวน้อย และมี APGAR Score ที่ 1 และ 5 นาทีต่ำกว่า 7 คะแนน จนถึงมีภาวะ Fetal Distress มากกว่ามารดาที่ไม่สูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) มารดาที่ได้รับควันบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ มีผลให้คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์ และคลอดทารกก่อนกำหนดมากกว่ามารดาที่ไม่ได้รับควันบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) มารดาที่สูบบุหรี่และสัมผัสควันบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ หรือมารดาที่สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ ตั้งแต่ 10 มวน ต่อวันขึ้นไป มีโอกาสคลอดบุตรปากแหว่งเพดานโหว่ (OR = 1.39-7.75) และทารกมีพฤติกรรมด้านระบบการเคลื่อนไหว (Motor system) การประสานรับกับผู้ตรวจ (Examiner facilitation) ความแข็งแรง และอดทน (Robustness and endurance) การควบคุมสภาวะต่าง ๆ ที่ถูกกระตุ้น (State regulation) ต่ำกว่ามารดาที่ไม่สูบบุหรี่ และไม่สัมผัสควันบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการรวบรวมงานวิจัย สามารถเสนอแนะได้ว่า เพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักตัวน้อยในทารกแรกเกิดและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับทารกในครรภ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อระยะยาวภายหลังคลอด

ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ คือ การไม่สูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับควันบุหรี่ (กาญจนานันท์ ทองเมืองรัฐเทพ และคณะ, 2562)

4. คุณภาพการนอนหลับในหญิงตั้งครรภ์

4.1 ความหมายคุณภาพการนอนหลับ

ความหมายคุณภาพการนอนหลับ มีผู้ให้คำนิยามไว้ดังนี้

Buysse, Reynolds, Monk, Berman, and Kupfer (1989) ได้ให้ความหมายของคุณภาพการนอนหลับ หมายถึง ความเพียงพอและความพอใจต่อการนอนของบุคคลเป็นสิ่งที่ซับซ้อน ประกอบด้วยการนอนหลับในเชิงปริมาณ (Quantitative aspect of sleep) และการนอนหลับเชิงคุณภาพ (Qualitative aspect of sleep)

Snyder-Halpern and Verran (1987) ได้ให้ความหมายของคุณภาพการนอนหลับ หมายถึง พฤติกรรมและความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับตั้งแต่เข้านอนจนถึงตื่นนอน

American Psychiatric Association (2000) กล่าวว่า คุณภาพการนอนหลับ เป็นปรากฏการณ์ถึงการรับรู้ถึงคุณภาพการนอนหลับในเชิงปริมาณ ได้แก่ ระยะเวลาเข้านอนจนกระทั่งนอนหลับ ระยะเวลาในการนอนแต่ละคืน ประสิทธิภาพการนอนหลับ การรบกวนการนอนหลับ และผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในระหว่างวัน

สรุปคุณภาพการนอนหลับ หมายถึง การรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ต่อการนอนหลับของตนเอง ทั้งในด้านปริมาณ และด้านคุณภาพ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ โดยมีพฤติกรรมและความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งตื่น ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

4.2 การประเมินคุณภาพการนอนหลับ (Measurement of sleep quality)

การประเมินคุณภาพการนอนหลับในหญิงตั้งครรภ์ สามารถประเมินได้โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์ก (Pittsburgh Sleep Quality Index [PSQI]) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ประเมินความรู้สึกของแต่ละบุคคลต่อประสบการณ์การนอนหลับและความรู้สึกหลังตื่นนอนในตอนเช้า สร้างขึ้นโดย Buysse et al. (1989) และแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดย ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญ ดันชัยสวัสดิ์ (2543) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ออกแบบมาเพื่อประเมินคุณภาพการนอนหลับและรบกวนการนอนหลับในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม แบ่งออกเป็น 7 องค์ประกอบ

4.2.1 การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ (Quantity aspect of sleep)
การนอนหลับเชิงปริมาณ มี 4 องค์ประกอบ ดังนี้

4.2.1.1 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (Sleep latency) เป็นระยะตั้งแต่บุคคลตั้งใจจะหลับจนกระทั่งหลับได้ ซึ่งได้บุคคลที่นอนหลับง่ายจะใช้เวลาน้อยกว่า 15 นาที ในการนอนหลับจะใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที ถ้าใช้เวลามากกว่า 30 นาที แสดงว่ามีการนอนหลับยาก (Difficult to initiate sleep) (Buysse et al., 1989) และส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ

4.2.1.2 ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน (Sleep duration) เป็นระยะเวลาที่บุคคลเริ่มเข้าสู่การนอนหลับจนกระทั่งตื่นนอน โดยไม่รวมระยะเวลาที่ตื่นระหว่างการนอนหลับ ระยะเวลาความต้องการการนอนหลับของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกเฉพาะบุคคลต่อการนอนหลับ บุคคลที่มีระยะนอนหลับน้อยกว่าอาจมีการนอนหลับเชิงคุณภาพดีกว่าบุคคลที่นอนหลับได้ระยะเวลานานกว่า อย่างไรก็ตามเวลาที่สามารถนอนหลับได้ของบุคคลจะค่อย ๆ ลดลงตามอายุที่มากขึ้น และพบว่าระยะเวลาการนอนหลับที่ผู้สูงอายุต้องการในตอนกลางคืนอย่างน้อย 5-6 ชั่วโมง ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (Sleep latency) เป็นระยะตั้งแต่บุคคลตั้งใจจะหลับจนกระทั่งหลับได้ บุคคลที่สามารถนอนหลับได้มากกว่า 7 ชั่วโมง/คืน แสดงถึงการมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี (Keklund & ÅKerstedt, 1997)

4.2.1.3 ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย (Sleep efficiency) เป็นอัตราส่วนระหว่างระยะเวลาเป็นชั่วโมงที่หลับได้จริงในแต่ละคืนต่อระยะเวลาเป็นชั่วโมงที่นอนบนเตียงโดยคิดหน่วยเป็นร้อยละ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีจะมีค่าประสิทธิภาพของการนอนหลับ โดยปกติวิสัยมากกว่า ร้อยละ 85 ถือว่าเป็นการนอนหลับปกติ (Keklund & ÅKerstedt, 1997)

4.2.1.4 จำนวนครั้งที่ถูกรบกวนขณะหลับ (Number of arousal) เป็นการขาดความต่อเนื่องหรือการถูกรบกวนขณะหลับจะทำให้การนอนหลับไม่ต่อเนื่อง โดยการตื่น 1 ครั้ง หมายถึงการรู้สึกตัวระหว่างการหลับนานกว่า 15 วินาที การตื่นมากกว่า 3 ครั้งต่อคืนหรือตื่นแล้วหลับต่อได้ยากจะทำให้การนอนหลับไม่ต่อเนื่อง ปัจจัยหรือสิ่งรบกวนการนอนหลับ เช่น การตื่นกลางดึก ความเจ็บปวด เป็นต้น ซึ่งการถูกรบกวนการนอนหลับมีสาเหตุจากสิ่งใดสามารถบอกได้จากบุคคลนั่นเอง ดังนั้นบุคคลที่มีระยะเวลาการนอนหลับต่อเนื่องจะมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี (Keklund & ÅKerstedt, 1997)

4.2.2 คุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ (Qualitative aspect of sleep) หรือเรียกการนอนหลับเชิงอัตนัย การนอนหลับเชิงคุณภาพมี 3 องค์ประกอบ ดังนี้

4.2.2.1 ความรู้สึกต่อการนอนหลับ เป็นสิ่งที่สามารถบอกได้โดยบุคคลนั้นว่าการนอนหลับ “ดี” หรือ “แย่” ความเพียงพอของการนอนหลับ “เพียงพอ” หรือ “ไม่เพียงพอ” ความลึกของการนอนหลับ “ลึก” หรือ “ตื้น” นอนหลับสนิทหรือไม่ รวมทั้งความรู้สึกหลังตื่นนอน

เช่น “สดชื่น” หรือ “อ่อนเพลีย” ซึ่งบุคคลที่มีความรู้สึกพึงพอใจต่อการนอนหลับจะมีคุณภาพการนอนหลับดี (Keklund & Åkerstedt, 1997)

4.2.2.2 การใช้นอนหลับ การใช้นอนหลับเพื่อช่วยในการนอนหลับโดยแพทย์สั่ง และซื้อมารับประทานเอง (Buysse et al., 1989) อีกทั้งพบว่าภายหลังการให้นอนหลับ จะทำให้หลับยาก ตื่นบ่อยในตอนกลางคืน ซึ่งการใช้นอนหลับดังกล่าวบ่งบอกถึงปัญหาในการนอนหลับ หรือมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีเกิดขึ้น

4.2.2.3 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากคุณภาพการนอนหลับไม่เพียงพอหรือคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ทำให้มีอาการง่วงเหงาหาวนอน ขาดความกระตือรือร้น อ่อนเพลีย และขาดสมาธิในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในเวลากลางวัน นอกจากนี้ยัง พบว่าการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ หรือคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีจะทำให้มีการงีบหลับในตอนกลางวันมากขึ้น รู้สึกไม่สุขสบาย ดังนั้นคุณภาพการนอนหลับจึงมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ต่าง ๆ ในตอนกลางวัน

4.3 ความต้องการการนอนหลับในหญิงตั้งครรภ์

เมื่อสตรีตั้งครรภ์ ฮอร์โมนต่าง ๆ ในร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของสรีระร่างกายในขณะตั้งครรภ์ (Darvill, Skirton, & Farrand, 2010) การทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ของร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในสตรีก่อนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 75 จะพบว่าการนอนหลับจะอยู่ที่ 4 ถึง 11 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 15 มีการนอนหลับที่มากกว่า 8 ชั่วโมง/วัน และมีเพียงร้อยละ 10 ที่มีการนอนหลับน้อยกว่า 6 ชั่วโมง/วัน สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศฟิลิปปินส์พบว่า โดยเฉลี่ยของสตรีทั่วไปมีความต้องการการนอนหลับวันละ 7.8 ชั่วโมง และเมื่ออายุมากกว่า 40 ปี การนอนหลับจะลดลง 1.5 ถึง 2 ชั่วโมง/วัน หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีรายงานว่ามีปัญหาเรื่องความเหนื่อยล้า อ่อนเพลียในตอนกลางวัน ต้องการที่จะนอนมากขึ้น นอนไม่หลับ และนอนระยะเวลาสั้น ๆ (Lothian, 2008)

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในขณะตั้งครรภ์ มีผลต่อการนอนหลับของหญิงตั้งครรภ์ ในระยะไตรมาสแรกหญิงตั้งครรภ์มีความต้องการการนอนหลับมากกว่าปกติ คือ 8.2 ชั่วโมงต่อวัน แต่การนอนหลับไม่ลึกหรือหลับตื่น ๆ ซึ่งเป็นผลจากฮอร์โมน โปรเจสเตอโรน โดยตรง (WHO, 2012) ในระยะไตรมาสที่สองการนอนหลับจะกลับสู่ภาวะปกติ คือ 8 ชั่วโมงต่อวัน และในปลายระยะไตรมาสที่สองจนถึงระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ มดลูกมีขนาดใหญ่ขึ้นตามขนาดของทารกในครรภ์ทำให้มีผลต่อการนอนหลับ โดยปกติหญิงตั้งครรภ์มักจะมีคุณภาพในการนอนที่ลดลงซึ่งหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะทราบดีว่าตัวเองนอนไม่เพียงพอ นอนหลับไม่ค่อยลึก ตื่นนอนบ่อย และนอนระยะเวลาสั้น ๆ (Baratte-Beebe & Lee, 1999)

ระยะเวลาการนอนหลับจะอยู่ที่ 7.8 ชั่วโมง/ วัน และเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 36 สัปดาห์ ระยะเวลาการนอนหลับจะลดลงเหลือ 6.9 ชั่วโมง/ วัน

ดังนั้นในแต่ละคืนหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการนอนหลับพักผ่อนให้ได้ 8-9 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายสามารถปรับความสมดุลและควบคุมฮอร์โมนต่าง ๆ โดยเฉพาะฮอร์โมนที่ควบคุมการทำงานของหลอดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะถ้าหญิงตั้งครรภ์นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ อาจทำให้ฮอร์โมนมีการเปลี่ยนแปลง และเกิดผลกระทบตามมาทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์ทารกในครรภ์ เนื่องการถูกรบกวนการนอนหลับจากอาการไม่สุขสบายในขณะตั้งครรภ์ เช่น ปัสสาวะบ่อย ปวดหลัง ลูกในท้องดิ้น เป็นตะคริวที่ขา ต้องลุกขยับตัวบ่อย แน่นหน้าอก แสบหน้าอกจากภาวะกรดไหลย้อน มดลูกหดตัวเป็นระยะ ๆ จะมีผลต่อการนอนหลับของหญิงตั้งครรภ์เช่นกัน หญิงตั้งครรภ์บางคนที่มีภาวะบางอย่างของการนอนที่ผิดปกติอยู่แล้ว เช่น อาการขากระตุกทางเดินหายใจอุดกั้นบางส่วน (Charbonneau, Falcone, Cosio, & Levy, 1991) และอาการนอนกรน จะพบได้ ร้อยละ 30 ซึ่งจะเกิดในระยะท้าย ๆ ของการตั้งครรภ์ จะทำให้อาการที่ผิดปกติอยู่แล้วนั้น แย่ลงไปอีกเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น (Franklin et al., 2000) และทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลง

4.4 การเปลี่ยนแปลงของคุณภาพการนอนหลับในหญิงตั้งครรภ์

ตลอดระยะเวลา 40 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์นั้นพบว่า ในขณะนอนหลับมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับรูปแบบของการนอนหลับมากถึงร้อยละ 66-94 เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน และการเปลี่ยนแปลงของสรีระของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงนี้รวมถึงรูปแบบการนอนหลับที่เพิ่มมากขึ้นหรือลดลง การนอนไม่หลับจากการตื่นกลางดึก การง่วงนอนในช่วงกลางวัน จากการถูกรบกวนด้วยปัจจัยต่าง ๆ และการนอนหลับลึกที่ลดลง (Lee, Zaffke, & McEnany, 2000) การเปลี่ยนแปลงการนอนหลับนี้จะเกิดขึ้นตลอดระยะการตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด โดยเฉพาะในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังการคลอด (Santiago, Nolleto, Kinzler, & Santiago, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hedman, Pohjasvaara, Tolonen, Suhonen-Malm, and Myllylä (2002) พบว่า ในช่วงระยะไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์นั้น การนอนหลับในช่วงกลางคืนจะเพิ่มขึ้นแต่เป็นการนอนหลับในระยะสั้น ๆ และหลับไม่สนิท ระยะไตรมาสที่สามพบว่า การถูกรบกวนการนอนหลับเพิ่มมากขึ้นทำให้หญิงตั้งครรภ์นอนหลับไม่สนิทในช่วงเวลากลางคืนจากการที่มดลูกขยายตัวมากขึ้น จึงกดเบียดกระเพาะปัสสาวะทำให้หญิงตั้งครรภ์ปวดปัสสาวะ บ่อยขึ้น จึงทำให้ตื่นบ่อยขึ้นในช่วงเวลากลางคืน ส่งผลทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลง นอกจากนี้ ยังพบว่าคุณภาพการนอนหลับลดลงภายหลังคลอดร่วมด้วย

Nishihara and Horiuchi (1998) ได้ทำการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ ครรภ์แรกพบว่า ในช่วง 1-6 สัปดาห์หลังคลอด ประสิทธิภาพการนอนหลับต่ำลงถึง ร้อยละ 75-78 เนื่องจาก

ถูกรบกวนการนอนหลับ จากการไทม์บุตรในช่วงกลางคืน มีการหลับลึกน้อยลง นอนหลับไม่สนิท ความผิดปกติของการหายใจในขณะหลับสามารถพบได้บ่อยมากในสตรีปกติและสตรีตั้งครรภ์ทำให้เกิดผลเสียตามมาอย่างมาก ความผิดปกติจากการหายใจที่พบในหญิงตั้งครรภ์จะมีลักษณะเฉพาะ ที่พบบ่อย คือ มีการอุดกั้นทางเดินหายใจเล็กน้อย (Partial upper airway obstruction) ซึ่งจะสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงของหญิงตั้งครรภ์ การนอนกรน (Snoring) ในขณะที่นอนหลับ พบว่า เมื่อมีอายุครรภ์มากขึ้นอาการกรนนี้จะแย่ลงเรื่อย ๆ (Franklin et al., 2000) รวมถึงภาวะหยุดหายใจขณะหลับ ส่งผลทำให้มีอาการง่วงนอนมากกว่าปกติในช่วงเวลากลางวัน นอกจากนี้ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะนอนกรนร่วมกับมีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ จะทำให้มีอาการง่วงนอนมากกว่าปกติในช่วงเวลากลางวัน และอาจส่งผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับในครรภ์ที่ผ่านมา และทารกหลังคลอดมีน้ำหนักตัวน้อยควรปรึกษาแพทย์หรือเข้ารับการตรวจวินิจฉัยการนอนหลับ (Sleep study) อย่างเร่งด่วนเพื่อติดตามการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด

4.5 ผลกระทบคุณภาพการนอนหลับในหญิงตั้งครรภ์

4.5.1 ผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์

คุณภาพการนอนหลับและการพักผ่อนในขณะที่ตั้งครรภ์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ โดยพบว่า ถ้าหญิงตั้งครรภ์นอนหลับไม่เพียงพอ จะมีผลด้านลบต่อสุขภาพร่างกายของหญิงตั้งครรภ์คือ มักมีความต้องการที่จะนอนมากขึ้นในเวลากลางวัน อ่อนเพลีย จากการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ เนื่องจากการถูกรบกวนด้วยปัจจัยต่าง ๆ รวมถึงการนอนหลับระยะสั้น ๆ นั้นมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ เพิ่มความเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุในขณะที่ทำงาน (Darvill et al., 2010) ระบบการทำงานของร่างกายทำหน้าที่ไม่ปกติ การไหลเวียนเลือดในร่างกายลดลงทำให้เพิ่มความเสี่ยงภาวะครรภ์เป็นพิษ และภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงจึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ซึ่งกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Strange, Parker, Moore, Strickland, & Bliwise, 2009, Okun et al., 2011) นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับกับระยะเวลาในการเจ็บครรภ์คลอดที่ยาวนานขึ้นและเพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอด (Kathryn, Bruce, Susan, & Audrey, 2004) ซึ่งการนอนหลับที่น้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน จะเพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอดมากขึ้น โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่นอนหลับพักผ่อนในช่วงเวลากลางคืนน้อยกว่าคืนละ 5 ชั่วโมงจะเสี่ยงต่อการมีปัญหาดูสุขภาพตลอดการตั้งครรภ์ เนื่องจากระหว่างการนอนหลับ ความดันโลหิตจะลดลงโดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 10-20 ผ่านการควบคุมของฮอร์โมน Endothelin และ Vasopressin ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมขนาดของหลอดเลือดทั่วร่างกาย เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีคุณภาพการนอนหลับลดลงจะส่งผลกระทบต่อ

ต่อการผลิตฮอร์โมนดังกล่าว รวมทั้งทำให้ค่าความดันโลหิตสูงกว่าค่าเฉลี่ย แม้เป็นตัวเลขไม่สูงมากแต่สามารถส่งผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจในระหว่างตั้งครรภ์ได้ ซึ่งระดับความดันโลหิตสูงนี้อาจทำให้เกิดภาวะครรภ์เป็นพิษสูงกว่าปกติถึง 9.5 เท่า หญิงตั้งครรภ์บางคนที่มีภาวะบางอย่างของการนอนที่ผิดปกติอยู่แล้ว เช่น ภาวะขากระตุก นอนกรน และหยุดหายใจในขณะนอนหลับ จะทำให้อาการที่ผิดปกติอยู่แล้วนั้นแย่ลงไปอีก (Charbonneau et al., 1991)

4.5.2 ผลกระทบต่อทารกในครรภ์

ตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์นั้นจะพบว่า การนอนหลับหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ นอกจากจะส่งผลกระทบต่อตรงต่อสุขภาพร่างกายและด้านจิตอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์แล้ว ยังส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ตามมา คือ จะมีผลต่อการเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกายและการพัฒนาสมองของทารกในครรภ์ เนื่องจากการถูกรบกวนการนอนหลับพักผ่อนของหญิงตั้งครรภ์ในช่วงเวลากลางวัน จะทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ง่วงนอนในเวลากลางวัน การไหลเวียนของเลือดในร่างกายลดต่ำลง จึงทำให้เลือดไปเลี้ยงทารกในครรภ์มีประสิทธิภาพต่ำลง ส่งผลการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ (Field et al., 2004; Hoffman & Hatch, 2000) ที่ว่า ทารกในครรภ์มีแนวโน้มน้ำหนักตัวน้อยกว่ามาตรฐาน การเจริญเติบโตล่าช้า และส่งผลทำให้น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดภายหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Field et al. (2004) และ Hoffman and Hatch (2000) พบว่า การนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ ของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้ทารกมีความเสี่ยงต่อคลอดก่อนกำหนด ส่งผลการพัฒนาทางด้านร่างกายและสติปัญญาของทารกตามมา นอกจากนี้การศึกษาของ Field et al. (2004) พบว่า หากคุณภาพการนอนหลับในหญิงตั้งครรภ์ลดลงจะมีผลต่อสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ คือ มักมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล ซึ่งผลกระทบต่อทารกที่คลอดจากมารดาที่มีภาวะซึมเศร้า นั้น คือ ทารกมักจะมีอาการนอนไม่หลับ รวมถึงมีช่วงเวลาที่นอนหลับลึกน้อยลง นอนไม่เป็นเวลา และทารกจะร้องกวนมากกว่าทารกที่เกิดจากมารดาที่ไม่มีปัญหาการนอนหลับพักผ่อน

5. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ จะช่วยลดปัญหาการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด (Lee & Neild, 2007; Natarajan, 2008; Siakwa et al., 2016) การติดเชื้อในระบบปัสสาวะพบได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์ทั้งที่มีแสดงอาการและไม่แสดงอาการ (Gunes et al., 2005) และสามารถเกิดขึ้นได้ถึง ร้อยละ 20 ของการตั้งครรภ์ (Sheerin, 2011) ซึ่งสาเหตุจากการติดเชื้อแบคทีเรียร่วมกับเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากการตั้งครรภ์ ฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนที่สูงขึ้นขณะตั้งครรภ์ มีผลทำให้ท่อไตมีขนาดใหญ่ขึ้น การเคลื่อนไหวของท่อไตลดลงเกิดการหยุดนิ่งของ

ปัสสาวะในท่อไต และการขับปัสสาวะออกจากกระเพาะปัสสาวะได้น้อยลง ทำให้ปัสสาวะกั่งค้าง ส่งเสริมทำให้เกิดการติดเชื้อที่กระเพาะปัสสาวะและกรวยไตอักเสบได้ง่ายขึ้น (Pillitteri, 2010) อย่างไรก็ตามการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะสามารถป้องกันได้ เพราะมักเกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่เข้าสู่บริเวณท่อปัสสาวะ ซึ่งการติดเชื้อแบคทีเรียนั้นส่วนใหญ่เกิดจากการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การเช็ดทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ การดื่มน้ำ การแต่งกาย เป็นต้น ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองให้เหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (กนกพร นทีชนสมบัติ, 2556) นอกจากนี้การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนดของ Meis et al. (1995) พบว่าสตรีที่มีแบคทีเรียในปัสสาวะ 49 ราย จาก 443 ราย ของการคลอดก่อนกำหนด มีข้อบ่งชี้ให้เกิดการคลอดและสตรีที่มีเชื้อแบคทีเรียในปัสสาวะ 44 ราย จาก 691 ราย ที่มีการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง (Spontaneous preterm births) จากผลการวิเคราะห์ทางสถิติสามารถสรุปได้ว่าการมีแบคทีเรียในปัสสาวะ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนดและข้อบ่งชี้ที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด สอดคล้องกับ Klein and Gibbs (2005) ที่กล่าวว่าการรักษาการมีเชื้อแบคทีเรียในปัสสาวะ โดยไม่มีอาการแสดง จะลดการเกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ถึงเกือบร้อยละ 50 การติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ สามารถป้องกันได้ ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วเกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่เข้าสู่บริเวณท่อปัสสาวะ ซึ่งสาเหตุของการติดเชื้อแบคทีเรีย ส่วนใหญ่เกิดจากการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การเช็ดทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ การดื่มน้ำ การแต่งกาย เป็นต้น ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองให้เหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับสตรีตั้งครรภ์ (กนกพร นทีชนสมบัติ, 2556)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยด้านการดำเนินชีวิต ได้แก่ จำนวนชั่วโมงการทำงาน การยืนนาน การสัมผัสสุขหรือมือสอง คุณภาพการนอน และพฤติการณ์ป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยดังกล่าวข้างต้นกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์ก่อนกำหนดเองโดยไม่มีปัจจัยเสริมภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์หรือมีโรคประจำตัว

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดำเนินชีวิต กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและครบกำหนดที่รับไว้ดูแลในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและครบกำหนดที่รับไว้ดูแลในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 มีคุณสมบัติดังนี้

1. ไม่มีโรคประจำตัว หรือภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่มีผลต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคหัวใจ โรคไต
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่มีผลต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น รกเกาะต่ำ ครรภ์แฝด แผลน้ำ เนื้องอกมดลูก ครรภ์เป็นพิษ เป็นต้น
3. สามารถอ่าน และเข้าใจภาษาไทยได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ ได้คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรที่ใช้ในการสำรวจ เพื่อการประมาณสัดส่วน (Parel et al., 1973) เพื่อคำนวณหาจำนวน ของกลุ่มตัวอย่างที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{N Z^2 \alpha_2 p(1-p)}{Nd^2 + Z^2 \alpha_2 p(1-p)}$$

โดย n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

N = ขนาดของกลุ่มประชากรที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและครบกำหนดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่อปี มีจำนวนทั้งสิ้น 4,930 ราย ในปี พ.ศ. 2561

Z = ค่าสถิติมาตรฐานที่ได้ไ้คงปกติที่สอดคล้องกับระดับนัยสำคัญโดยกำหนดค่า $\alpha = .05$ ดังนั้นที่ $\alpha/2$ มีค่า $Z = 1.96$

p = ค่าสัดส่วนของการคลอดก่อนกำหนด ในการวิจัยครั้งนี้ได้จากการคิด
ค่าสถิติของการคลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบว่า อัตราการ
คลอดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 10.17 จึงได้กำหนดค่า P เท่ากับ 0.10

d = ค่าความคลาดเคลื่อนสัมบูรณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ในการศึกษา
ครั้งนี้กำหนดให้เท่ากับ 5%

$$n = \frac{4930 \times (1.96)^2 \times 0.1 (1 - 0.10)}{4930 (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.10) (1 - 0.10)}$$

$$= 134$$

จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 134 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกประมาณ
ร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง (บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์, 2553) รวมเป็นทั้งหมด
160 คนจากนั้นผู้วิจัยแบ่งเก็บข้อมูล เป็นกลุ่มที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเจ็บครรภ์คลอด
ครบกำหนดอย่างละเท่า ๆ กัน คือ กลุ่มละ 80 คน ทั้งนี้เนื่องจาก จำนวนการคลอดก่อนกำหนด
มีน้อย หากใช้ตามสัดส่วนอัตราการคลอดก่อนกำหนดจริง คือ ร้อยละ 10.17 จะได้กลุ่มตัวอย่าง
ที่คลอดก่อนกำหนดจำนวนน้อยมาก ซึ่งไม่สามารถทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบได้

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของหญิงตั้งครรภ์ที่รับไว้ในห้องคลอดตามเกณฑ์
การคัดเข้า
2. ผู้วิจัยคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์
เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจนกว่าจะครบตามจำนวน
3. ผู้วิจัยสุ่มเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์ครบกำหนด โดยการสุ่มจากเลขประจำตัว
ผู้ป่วยที่ลงท้ายด้วยเลขคู่ หรือเลขคี่ โดยการทาลากขึ้นมา 2 ใบ ใบที่ 1 เขียนคำว่า คู่ และใบที่ 2
เขียนคำว่า คี่ และเลือกจับฉลากมา 1 ใบ ได้ใบที่เขียนว่า คู่ จึงเก็บข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์
ครบกำหนดที่มีเลขประจำตัวผู้ป่วยที่ลงท้ายเลขคู่
4. ภายหลังจากหญิงตั้งครรภ์ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูล โดยแบบสอบถาม
กับกลุ่มตัวอย่างที่ครบกำหนดภายหลังคลอด ส่วนกลุ่มที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
เก็บข้อมูลภายหลังคลอดในกรณีที่คลอด และกรณีที่ไม่คลอดเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่อาการเจ็บ
ครรภ์คลอดก่อนกำหนดทุเลาลงเบาบางลง

สถานที่ในการศึกษา การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลที่ห้องคลอด โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ทุกวัน เวลา
ประมาณ 08.00-18.00 น. จนได้ข้อมูลครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถาม และ แบบบันทึกข้อมูล ดังนี้

1. แบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและการตั้งครรภ์ ข้อคำถามเกี่ยวกับ

ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้

ข้อมูลการตั้งครรภ์ ประกอบด้วย ลำดับครรภ์ วันกำหนดคลอด อายุครรภ์ จำนวนบุตร ปัจจุบัน จำนวนการแท้งบุตร จำนวนบุตรตายในครรภ์ จำนวนการคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักปัจจุบัน ส่วนสูง ความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ประวัติการติดเชื้อที่อวัยวะสืบพันธุ์ การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลการทำงาน เป็นคำถามเกี่ยวกับ การทำงานในระหว่างตั้งครรภ์ ลักษณะงานที่ทำในระหว่างตั้งครรภ์ จำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อวัน จำนวนวันของการทำงานต่อสัปดาห์ การยืนติดต่อกันเป็นเวลานานในระหว่างตั้งครรภ์ และจำนวนชั่วโมงของการยืนนานต่อวัน จำนวนชั่วโมงการทำงาน นำมาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ชั่วโมงทำงานไม่เกิน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ให้รหัส เป็น 0 และชั่วโมงทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ให้รหัสเป็น 1 ส่วนการยืนนาน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม เช่นกัน คือ ยืนนานไม่เกิน 4 ชั่วโมง/วัน ให้รหัส เป็น 0 ยืนนานเกิน 4 ชั่วโมง/วัน ให้รหัส เป็น 1

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสัมผัสบุหรี่มือสอง เป็นคำถามเกี่ยวกับความถี่ในการสัมผัสบุหรี่มือสองขณะตั้งครรภ์จากที่บ้าน ที่ทำงาน หรือในที่สาธารณะขณะตั้งครรภ์ โดยให้เลือกตอบ 4 คำตอบ ได้แก่ ไม่เคยสัมผัส สัมผัสน้อยครั้ง สัมผัสบ้างเป็นบางครั้ง และสัมผัสเป็นประจำ ถ้าตอบว่า ไม่เคยสัมผัส ให้รหัส 0 ตอบ สัมผัสน้อยครั้ง หรือสัมผัสบ้างเป็นบางครั้ง หรือสัมผัสเป็นประจำ ให้รหัสเป็น 1

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ เป็นการประเมินการนอนหลับคุณภาพการนอนหลับในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประเมินด้วยแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของ Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index [PSQI]) ฉบับภาษาไทยโดย ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญญู ต้นชัยสวัสดิ์ (2543) ซึ่งมีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ ด้วยการตรวจสอบความตรงตามสภาพปัจจุบัน (Concurrent validity) ได้ค่าเท่ากับ 0.83 และความตรงภายใน โดยวิธีหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าเท่ากับ 0.73

แบบประเมินการนอนหลับเชิงปริมาณ เป็นคำถามเกี่ยวกับ 4 องค์ประกอบ ได้แก่

- 1) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ
- 2) ระยะเวลาของการนอนหลับในแต่ละคืน
- 3) ประสิทธิภาพการนอนโดยปกติวิสัย
- 4) จำนวนครั้งที่ถูกรบกวนขณะหลับ และแบบประเมินการนอนหลับเชิงคุณภาพ เป็นคำถาม 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้สึกต่อการนอนหลับ 2) การใช้นอนหลับ 3) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน รวมทั้งหมดเป็น 7 องค์ประกอบ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ รายละเอียดของข้อคำถามและเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย เป็นคำถามให้ประเมินคุณภาพการนอนในช่วง 1 เดือน ตามการรับรู้ของตนเอง (คำถามข้อ 5) โดยให้เลือกตอบ 4 ระดับ คือ ดีมาก ดี ไม่ค่อยดี และไม่ดีเลย มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| | | | |
|-----------|---------|---|-------|
| ดีมาก | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| ดี | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| ไม่ค่อยดี | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| ไม่ดีเลย | เท่ากับ | 3 | คะแนน |

องค์ประกอบที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (ใช้คำถามข้อ 2 และ 9.1) ประกอบด้วยคำถาม 2 ข้อ คือ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนหลับ (ให้ตอบโดยใส่ระยะเวลาเป็นนาที) และการนอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานมากกว่า 30 นาที (ให้เลือกตอบจากตัวเลือก 4 ตัวเลือก) การแปลผลและเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ข้อ 2. ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนหลับ เกณฑ์การให้คะแนน คือ

| | | | |
|-----------------------------|---------|---|-------|
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 นาที | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| 16-30 นาที | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| 31-60 นาที | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| มากกว่า 60 นาที | เท่ากับ | 3 | คะแนน |

ข้อ 9.1 การนอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานมากกว่า 30 นาที เกณฑ์การให้คะแนน คือ

| | | | |
|-------------------------------------|---------|---|-------|
| ไม่มีปัญหาเลย | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| มีปัญหาน้อยกว่า 1 ครั้ง/ สัปดาห์ | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| มีปัญหาน้อยกว่า 1-2 ครั้ง/ สัปดาห์ | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| มีปัญหา 3 ครั้ง/ สัปดาห์หรือมากกว่า | เท่ากับ | 3 | คะแนน |

ผลรวมคะแนนข้อ 2 และ 9.1 เป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 2 ซึ่งมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-6 คะแนน นำมาแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

| | | | |
|--------------|-----|---|-------|
| คะแนนรวม 0 | ให้ | 0 | คะแนน |
| คะแนนรวม 1-2 | ให้ | 1 | คะแนน |
| คะแนนรวม 3-4 | ให้ | 2 | คะแนน |
| คะแนนรวม 5-6 | ให้ | 3 | คะแนน |

องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลาของการนอนหลับในแต่ละคืน (คำถามข้อ 4) เป็นคำถามที่ถามถึงจำนวนชั่วโมงการนอนหลับในแต่ละคืน โดยให้เขียนตอบเป็นจำนวนชั่วโมง การแปลผลเกณฑ์การให้คะแนน

| | | | |
|--------------------|---------|---|-------|
| มากกว่า 7 ชั่วโมง | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| 6-7 ชั่วโมง | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| 5-6 ชั่วโมง | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| น้อยกว่า 5 ชั่วโมง | เท่ากับ | 3 | คะแนน |

ผลรวมที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 3

องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพการนอนโดยปกติวิสัย (คำถามข้อที่ 1, 3 และ 4) โดยใช้คำถามข้อที่ 4 (ชั่วโมงในการหลับจริง) ทารด้วยคำถามข้อ 3 (จำนวนชั่วโมงที่นอนอยู่บนเตียง) ซึ่งคำนวณจากเวลาที่ตื่นนอน ลบด้วยคำถามข้อ 1 (เวลาเข้านอน) คูณด้วย 100

การแปลผล เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| | | | |
|-----------------------------|---------|---|-------|
| มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85 | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| ร้อยละ 75-84 | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| ร้อยละ 65-74 | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| น้อยกว่าร้อยละ 65 | เท่ากับ | 3 | คะแนน |

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 4

องค์ประกอบที่ 5 การรบกวนการนอนหลับ (คำถามข้อ 9.2-9.10) เป็นคำถามที่ถามเกี่ยวกับสาเหตุที่รบกวนการนอนหลับ มี 9 ข้อ โดยถามถึงความบ่อยของการมีปัญหา โดยให้เลือกตอบ 1 ข้อ จาก 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มีปัญหา น้อยกว่า 1 ครั้ง/ สัปดาห์ 1-2 ครั้ง/ สัปดาห์ และ 3 ครั้ง/ สัปดาห์หรือมากกว่า

การแปลผล เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| | | | |
|-----------------------------|---------|---|-------|
| ไม่มีปัญหา | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| น้อยกว่า 1 ครั้ง/ สัปดาห์ | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| 1-2 ครั้ง/ สัปดาห์ | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| 3 ครั้ง/ สัปดาห์หรือมากกว่า | เท่ากับ | 3 | คะแนน |

ผลรวมคะแนนข้อ 9.2-9.10

| | | | |
|-------|---------|---|-------|
| 0 | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| 1-9 | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| 10-18 | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| 19-27 | เท่ากับ | 3 | คะแนน |

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 5

องค์ประกอบที่ 6 การใช้ยานอนหลับ (คำถามข้อ 6) ถามถึงความบ่อยในการใช้ยานอนหลับเพื่อช่วยในการนอนหลับ โดยให้เลือกตอบ 1 ข้อ จาก 4 ตัวเลือก คือ ไม่เคยใช้เลย ใช้น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ 1-2 ครั้ง/ สัปดาห์ และ 3 ครั้ง/ สัปดาห์ หรือมากกว่า

การแปลผล เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| | | | |
|-------------------------------|---------|---|-------|
| ไม่เคยใช้เลย | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| ใช้น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| 1-2 ครั้ง/ สัปดาห์ | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| 3 ครั้ง/ สัปดาห์ หรือมากกว่า | เท่ากับ | 3 | คะแนน |

ผลรวมที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 6

องค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน (คำถามข้อ 7 และข้อ 8) ประกอบด้วยคำถาม 2 ข้อ

คำถามข้อ 7. การมีอาการง่วงนอนหรือเพลอหลับขณะทำกิจกรรมประจำวัน (คำถามข้อ 7) เป็นคำถาม ถามถึงความบ่อย ในการรู้สึกง่วงในขณะที่ทำกิจกรรม เช่น ขับรถ กินอาหาร หรือร่วมงานสังสรรค์ เป็นต้น โดยให้เลือกตอบ 1 ข้อ จาก 4 ตัวเลือก คือ ไม่เคยเลย น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ 1-2 ครั้ง/ สัปดาห์ และ มากกว่า 3 ครั้ง/ สัปดาห์

การแปลผล เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| | | | |
|------------------------------|---------|---|-------|
| ไม่เคยมีอาการ | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| น้อยกว่า 1 ครั้ง/ สัปดาห์ | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| 1-2 ครั้ง/ สัปดาห์ | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| 3 ครั้ง/ สัปดาห์ หรือมากกว่า | เท่ากับ | 3 | คะแนน |

คำถามข้อ 8. ปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี (คำถามข้อ 8) เป็นคำถาม ถามเกี่ยวกับความรู้สึกกระตือรือร้นในการทำงาน ว่างานที่ทำนั้นกว่าจะสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี มีความรู้สึกอย่างไร โดยให้เลือกตอบ 1 ข้อ จาก 4 ตัวเลือก คือ ไม่เป็นปัญหา เป็นปัญหาเล็กน้อย เป็นปัญหาพอสมควร และเป็นปัญหามาก

การแปลผล เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| | | | |
|-------------------|---------|---|-------|
| ไม่เป็นปัญหา | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| เป็นปัญหาเล็กน้อย | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| เป็นปัญหาพอสมควร | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| เป็นปัญหามาก | เท่ากับ | 3 | คะแนน |

ผลรวมคะแนนของคำถามข้อ 1 และ ข้อ 2 จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 7 ซึ่งมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-6 คะแนน นำมาแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

| | | | |
|-----|-----|---|-------|
| 0 | ให้ | 0 | คะแนน |
| 1-2 | ให้ | 1 | คะแนน |
| 3-4 | ให้ | 2 | คะแนน |
| 5-6 | ให้ | 3 | คะแนน |

คะแนนรวมแบบประเมินคุณภาพการนอน หรือทั้ง 7 องค์ประกอบ มีคะแนน ระหว่าง 0-21 คะแนน และแบ่งคุณภาพการนอนหลับเป็น 2 ระดับ (Buysse et al., 1989) ดังนี้

คะแนนรวม 0-5 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับดี ให้รหัสเป็น 0

คะแนนรวม 6-21 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับไม่ดี ให้รหัสเป็น 1

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ เป็นแบบวัดการปฏิบัติกิจกรรมของหญิงตั้งครรภ์หรือหญิงหลังคลอดระหว่างการตั้งครรภ์ในด้านการดูแลความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์และการไม่กลั้นปัสสาวะ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะในหญิงตั้งครรภ์ โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามของกรรณิการ์ แซ่ตั้ง (2562) มีจำนวน 13 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 11 และ 12 เป็นคำถามเชิงลบ 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 6, 7, 8, 9, 10 และ 13 โดยให้คะแนนดังนี้

คำถามเชิงบวก ให้เลือกตอบ 5 คำตอบ คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติส่วนใหญ่ และปฏิบัติเป็นประจำ ให้คะแนนดังนี้

| | | | |
|--------------------|-----|---|-------|
| ไม่เคยปฏิบัติ | ให้ | 1 | คะแนน |
| ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง | ให้ | 2 | คะแนน |
| ปฏิบัติบางครั้ง | ให้ | 3 | คะแนน |
| ปฏิบัติส่วนใหญ่ | ให้ | 4 | คะแนน |
| ปฏิบัติเป็นประจำ | ให้ | 5 | คะแนน |

คำถามเชิงลบ ให้คะแนนในทางตรงข้ามกับคำถามเชิงบวก ดังนี้

| | | | |
|--------------------|-----|---|-------|
| ไม่เคยปฏิบัติ | ให้ | 5 | คะแนน |
| ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง | ให้ | 4 | คะแนน |
| ปฏิบัติบางครั้ง | ให้ | 3 | คะแนน |
| ปฏิบัติส่วนใหญ่ | ให้ | 2 | คะแนน |
| ปฏิบัติเป็นประจำ | ให้ | 1 | คะแนน |

คะแนนรวมมาก หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ในหญิงตั้งครรภ์ดี คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะในหญิงตั้งครรภ์ไม่ดี

นอกจากนี้ นำคะแนนรวมทั้งหมดที่มีค่าระหว่าง 13-65 มาทำการแบ่งระดับของ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะในหญิงตั้งครรภ์ มาแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนรวมระหว่าง 13-30 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมไม่ดี

คะแนนรวมระหว่าง 31-48 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมดีปานกลาง

คะแนนรวมระหว่าง 49-65 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมดี

2. แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย เป็นแบบที่ผู้วิจัยใช้จดบันทึกข้อมูลจาก สมุดฝากครรภ์ แพ้ประวัติผู้ป่วย และจากการซักประวัติของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย ลำดับครรภ์ที่ อายุครรภ์ ส่วนสูง น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักปัจจุบัน (เพื่อนำมาคำนวณหาดัชนีมวลกาย และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ความเข้มข้นของเม็ดเลือด และฮีโมโกลบิน (Hb)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทดสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยคำนวณหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ดังต่อไปนี้

1. ความตรงในเนื้อหา (Content validity) เนื่องจากแบบสอบถาม ที่วัดตัวแปร จำนวน ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ การยืนนาน และการสัมผัสหริ่มือสอง นั้นเป็นคำถาม ที่ถามด้วย คำถามข้อเดียว คล้ายกับแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการตั้งครรภ์ จึงไม่ได้ทำการ ตรวจสอบความตรงในเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ แต่ได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาเรียบร้อยแล้ว ส่วนแบบประเมินการนอนหลับของ Pittsburgh ซึ่งแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย ตะวันชัย จิตรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ดันชัยสวัสดิ์ (2540) และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการ

คิดเชื่อในทางเดินปีศาจในหญิงตั้งครรภ์ของ กรณีการ์ แซ่ตั้ง (2562) นั้น เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้นำมาใช้เหมือนเดิมโดยไม่ได้มีการดัดแปลง จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงในเนื้อหา

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของ Pittsburgh และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการคิดเชื่อในทางเดินปีศาจของหญิงตั้งครรภ์ มาใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่รับไว้ที่ห้องคลอด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งมีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 ราย และนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha) ได้เท่ากับ .74 และ .60 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เพื่อตรวจสอบจริยธรรมการวิจัย

เมื่อได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยห้องคลอด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เพื่อแนะนำตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูล โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมการวิจัยก่อนการเก็บข้อมูลทุกครั้ง หากหญิงตั้งครรภ์รายใดสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ประโยชน์ของการเข้าร่วมโครงการวิจัย และแจ้งว่าแบบสอบถามทุกชุดจะไม่มีชื่อ นามสกุลของผู้เข้าร่วมการวิจัย จะใช้หมายเลขกำกับแทนชื่อ นามสกุล แจ้งสิทธิในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และยังคงได้รับการรักษา และการพยาบาลตามปกติ ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์ ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมก่อนการเข้าร่วมการวิจัยทุกราย ก่อนทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้ผู้ร่วมวิจัยเข้าใจก่อนทุกครั้ง

ในขณะที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะจัดให้ผู้ร่วมการวิจัยนอนอยู่บนเตียงรอกคลอด ซึ่งมีความเป็นส่วนตัว ไม่มีบุคคลภายนอกที่ไม่เกี่ยวข้องเข้ามาในบริเวณดังกล่าว ในขณะที่ตอบแบบสอบถาม หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่เข้าใจ สามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัย

ตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล ในแบบสอบถาม กรณีกลุ่มตัวอย่างกรอกข้อมูลไม่ครบ ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยกรอกข้อมูลเพิ่มเติมทันที โดยผู้วิจัยจะใช้วิธีสอบถามว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยจะอ่านบทพจนานุกรมแบบสอบถาม เพื่อตรวจทานความถูกต้อง และการครบถ้วน อีกครั้งหรือไม่ หากผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิเสธ จะไม่บังคับให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเพิ่ม และถ้ากลุ่มตัวอย่างต้องการยุติการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างยกเลิกการตอบแบบสอบถาม และยกเลิกการเก็บข้อมูลรายนั้น เมื่อผู้วิจัยได้ขอข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้เข้าร่วมวิจัยจนครบ จึงกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย

เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บอยู่ในกล่องที่ปิดมิดชิด และเป็นความลับ แยกส่วนออกจากแบบสอบถามเพื่อป้องกันการเชื่อมโยงของข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัย สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น มีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ภายหลังจากตอบแบบสอบถามแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างวิจัย และเครื่องมือการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

1.2 เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

1.3 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการและคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา แล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยห้องคลอด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เพื่อแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 60 วัน ในเวลา 08.00-18.00 น. ที่หอผู้ป่วยห้องคลอด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และหอผู้ป่วยห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 216 ราย

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยประเมินจากสภาพร่างกายและความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์ ในการตอบแบบสอบถาม เพื่อความเหมาะสมในการตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้น ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม แจงสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ในฐานะผู้เข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนาม ในใบยินยอมก่อนการเข้าร่วมการวิจัยทุกราย

2.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำแบบสอบถาม ให้กับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบหลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลในแบบสอบถาม กรณีที่กลุ่มตัวอย่างกรอกข้อมูลไม่ครบ ผู้วิจัยได้ให้ผู้ตอบแบบสอบถามกรอกเพิ่มเติมทันที ซึ่งการตอบแบบสอบถามนี้ใช้เวลาประมาณ 15 นาที ระหว่างตอบแบบสอบถามผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจ ถ้ากลุ่มตัวอย่างต้องการยุติการเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างยกเลิกการตอบแบบสอบถาม และยกเลิกการเก็บข้อมูลรายนั้น เมื่อผู้วิจัยได้ขอข้อมูลเพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่างจนครบ จึงกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

2.4 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำแบบสอบถาม 5 ชุด ที่ตอบข้อคำถาม เรียบร้อยใส่ซองปิดผนึกตามรหัสเลขที่ของแบบสอบถาม แล้วนำข้อมูลมาบันทึกในคอมพิวเตอร์ และจึงดำเนินการวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องแล้วผู้วิจัยได้นำข้อมูล มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้สถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ข้อมูลลักษณะการทำงาน ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ การยืนนาน คุณภาพการนอน พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ การสัมผัสหนูหรือมือสอง ของกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนดด้วยสถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง จำนวนชั่วโมงทำงานต่อสัปดาห์ การยืนนาน คุณภาพการนอน การสัมผัสหนูหรือมือสอง กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ด้วยสถิติ Chi-square test
3. วิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ด้วยสถิติ Point biserial correlation coefficient

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและครบกำหนด ที่รับไว้ดูแลในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2563 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและการตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการดำเนินชีวิต

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษา กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุเฉลี่ย 30.80 ($SD = 5.90$) โดยมีอายุ 20-35 ปี มากที่สุด ร้อยละ 76.25 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และระดับปริญญาตรี เป็นร้อยละเท่า ๆ กัน คือ ร้อยละ 42.50 มีอาชีพรับราชการ/ รัฐวิสาหกิจหรือพนักงานบริษัทเอกชน ร้อยละ 37.50 รองลงมาคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว เป็นร้อยละเท่า ๆ กัน คือ ร้อยละ 22.50 มีสถานภาพสมรส อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 95.00 ลักษณะครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 60.00 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 40,437.50 บาท ($SD = 22,898.15$) โดยมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน มากกว่า 40,000 บาท ร้อยละ 42.50 รองลงมา คือ มีรายได้ต่ำกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 28.75 และ มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 71.30

ส่วนกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนดมี อายุเฉลี่ย 26.42 ($SD = 5.88$) ช่วงอายุที่มากที่สุด คือ อายุ 20-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 77.50 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 46.25 มีร้อยละ 3.75 ไม่ได้เรียนหนังสือ มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจหรือพนักงานบริษัทเอกชน ร้อยละ 27.25 รองลงมาคือ อาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 26.25 มีสถานภาพสมรส อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 96.25 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 51.20 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนค่าเฉลี่ย

เท่ากับ 30,681.25 บาท ($SD = 18,585.80$) โดยมีรายได้ต่ำกว่า 20,000 บาท เป็นร้อยละมากที่สุด คือ ร้อยละ 45.00 รองลงมา มีรายได้ 20,001-40,000 บาท ร้อยละ 33.75 และมีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 67.50 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลบุคคล

| ข้อมูลส่วนบุคคล | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด ($n = 80$) | | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอด ครบกำหนด ($n = 80$) | |
|---|--|-------------|---|-------------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| อายุ (ปี) | | | | |
| < 20 ปี | 3 | 3.75 | 7 | 8.75 |
| 20-35 ปี | 61 | 76.25 | 62 | 77.50 |
| > 35 ปี | 16 | 20.00 | 11 | 13.75 |
| | $M = 30.80$ | Min=18 ปี | $M = 26.42$ | Min = 16 ปี |
| | $SD = 5.90$ | Max = 46 ปี | $SD = 5.88$ | Max = 43 ปี |
| ระดับการศึกษา | | | | |
| ไม่ได้เรียน | 0 | 0.00 | 3 | 3.75 |
| ประถมศึกษา | 4 | 5.00 | 6 | 7.50 |
| มัธยมศึกษา | 34 | 42.50 | 37 | 46.25 |
| ปวช./ อนุปริญญา | 5 | 6.25 | 11 | 13.75 |
| ปริญญาตรี | 34 | 42.50 | 23 | 28.75 |
| ปริญญาโทขึ้นไป | 3 | 3.75 | 0 | 0.00 |
| อาชีพ | | | | |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 18 | 22.50 | 17 | 21.25 |
| ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ พนักงานบริษัทเอกชน | 30 | 37.50 | 22 | 27.50 |
| ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว | 18 | 22.50 | 21 | 26.25 |
| ทำงานโรงงาน/ รับจ้างทั่วไป | 14 | 17.50 | 20 | 25.00 |
| สถานภาพสมรส | | | | |
| อยู่ด้วยกัน | 76 | 95.00 | 77 | 96.25 |

ตารางที่ 1 (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด ($n = 80$) | | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอด ครบกำหนด ($n = 80$) | |
|---------------------------|--|--------|---|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| แยกกันอยู่กัน/ หย่าร้าง | 4 | 5.00 | 3 | 3.75 |
| ลักษณะครอบครัว | | | | |
| ครอบครัวเดี่ยว | 48 | 60.00 | 39 | 48.80 |
| ครอบครัวขยาย | 32 | 40.00 | 4 | 51.20 |
| รายได้ของครอบครัวต่อเดือน | | | | |
| ต่ำกว่า 20,000 บาท | 23 | 28.75 | 36 | 45.00 |
| 20,001-40,000 บาท | 13 | 16.25 | 27 | 33.75 |
| $\geq 40,001$ บาท | 34 | 42.50 | 17 | 21.25 |
| | $M = 40,437.50$ | | $M = 30,681.25$ | |
| | $SD = 22,898.15$ | | $SD = 18,585.80$ | |
| ความเพียงพอของรายได้ | | | | |
| เพียงพอ | 57 | 71.30 | 54 | 67.50 |
| ไม่เพียงพอ | 23 | 28.70 | 26 | 32.50 |

2. ข้อมูลการตั้งครรภ์

กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นครรภ์แรก ร้อยละ 50.00 รองลงมาเป็นครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 27.50 ไม่มีประวัติการแท้งบุตร ร้อยละ 92.50 และไม่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 78.75 ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซีด ($Hb \geq 11$) ขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 81.25 มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ เท่ากับ 21.71 ($SD = 4.2350$) โดยมีดัชนีมวลกาย อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 47.50 รองลงมา คือ ดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 30.00 มีการเพิ่มของน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ มากกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 43.75 รองลงมา คือ มีการเพิ่มของน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ ร้อยละ 41.25

กลุ่มเจ็บครรภ์ครบกำหนด เป็นครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 38.75 รองลงมาเป็นครรภ์ที่ 1 ร้อยละ 37.50 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการแท้งบุตร ร้อยละ 87.50 และไม่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 93.75 ไม่มีภาวะซีดขณะตั้งครรภ์ ($Hb \geq 11$) คิดเป็นร้อยละ 85.00 มีค่าดัชนีมวลกาย

ก่อนการตั้งครรภ์ มากกว่าเกณฑ์ปกติ และปกติ เป็นร้อยละที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 45.00 และ ร้อยละ 42.50 มีการเพิ่มของน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ ร้อยละ 51.25 รองลงมา คือ มีการเพิ่มของน้ำหนักขณะตั้งครรภ์มากกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 40.00 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการตั้งครรภ์

| ข้อมูลการตั้งครรภ์ | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด (<i>n</i> = 80) | | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอด ครบกำหนด (<i>n</i> = 80) | |
|---|--|-------------|---|-------------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ | | | | |
| ครรภ์ที่ 1 | 40 | 50.00 | 30 | 37.50 |
| ครรภ์ที่ 2 | 22 | 27.50 | 31 | 38.75 |
| ครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป | 18 | 22.50 | 19 | 23.75 |
| ประวัติการแท้งบุตร | | | | |
| ไม่มี | 74 | 92.50 | 70 | 87.50 |
| 1 คน | 3 | 3.75 | 9 | 11.25 |
| 2 คน | 3 | 3.75 | 1 | 1.25 |
| ประวัติการคลอดก่อนกำหนด | | | | |
| ไม่มี | 63 | 78.75 | 75 | 93.75 |
| 1 คน | 13 | 16.25 | 5 | 6.25 |
| 2 คน | 4 | 5.00 | 0 | 0.00 |
| ค่าฮีโมโกลบินขณะตั้งครรภ์ | | | | |
| ≥ 11 กรัมต่อเดซิลิตร (gn/ dl) | 65 | 81.25 | 68 | 85.00 |
| < 11 กรัมต่อเดซิลิตร (gn/ dl) | 15 | 18.75 | 12 | 15.00 |
| ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ | | | | |
| น้อยกว่าปกติ (< 18.5 kg/ m ²) | 18 | 22.50 | 10 | 12.50 |
| ปกติ (18.5-22.9 kg/ m ²) | 38 | 47.50 | 34 | 42.50 |
| มากกว่าปกติ (≥ 23 kg/ m ²) | 24 | 30.00 | 36 | 45.0 |
| | <i>M</i> = 21.7066 | Min = 13.03 | <i>M</i> = 23.2957 | Min = 16.45 |
| | <i>SD</i> = 4.23503 | Max = 37.75 | <i>SD</i> = 5.11505 | Max = 39.04 |

ตารางที่ 2 (ต่อ)

| ข้อมูลการตั้งครุฑ | กลุ่มเจ็บครุฑตลอด | | กลุ่มเจ็บครุฑตลอด | |
|-------------------------------|------------------------|--------|-----------------------|--------|
| | ก่อนกำหนด ($n = 80$) | | ครบกำหนด ($n = 80$) | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| การเพิ่มของน้ำหนักขณะตั้งครุฑ | | | | |
| ต่ำกว่าเกณฑ์ | 12 | 15.00 | 7 | 8.75 |
| ตามเกณฑ์ | 33 | 41.25 | 41 | 51.25 |
| มากกว่าเกณฑ์ | 35 | 43.75 | 32 | 40.00 |

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการดำเนินชีวิต

ข้อมูลการดำเนินชีวิต ประกอบด้วย จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ การยืนานาน คุณภาพการนอน พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และการสัมผัสบุหรี่ยี่มือสองกับการเจ็บครุฑตลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครุฑ ซึ่งจะนำเสนอต่อไปนี้

1. ข้อมูลด้านการทำงานและการยืนานาน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มเจ็บครุฑตลอดก่อนกำหนด มีการทำงานตลอดการตั้งครุฑ ร้อยละ 51.25 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 28.75 มีลักษณะงานเป็นงานนั่งโต๊ะ ร้อยละ 50.90 มีจำนวนชั่วโมงในการทำงานมีค่าเฉลี่ย 33.36 ชั่วโมง/ สัปดาห์ ($SD = 24.128$) โดยทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมง/ สัปดาห์ ร้อยละ 40.00 และรองลงมา ทำงานน้อยกว่า 40 ชั่วโมง/ สัปดาห์ ร้อยละ 31.25 มีการยืนานานเป็นเวลานาน เป็นบางครั้ง ร้อยละ 55.00 มีส่วนน้อยที่ยืนานานเป็นเวลานานเป็นประจำ ร้อยละ 7.50 มีระยะเวลาในการยืนานาน มีค่าเฉลี่ย 1.61 ชั่วโมง/ วัน ($SD = 1.490$) และส่วนใหญ่ยืนานานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 88.75

กลุ่มเจ็บครุฑตลอดครบกำหนดทำงานตลอดการตั้งครุฑ ร้อยละ 43.75 รองลงมา ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 31.25 โดยทำงานนั่งโต๊ะ ร้อยละ 52.70 มีจำนวนชั่วโมงในการทำงานมีค่าเฉลี่ย 31.61 ชั่วโมง/ สัปดาห์ ($SD = 24.557$) ทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมง/ สัปดาห์ ร้อยละ 42.50 รองลงมา ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 31.30 มีการยืนานานเป็นเวลานาน เป็นบางครั้ง ร้อยละ 55.00 ระยะเวลาในการยืนานาน มีค่าเฉลี่ย 1.60 ชั่วโมง/ วัน ($SD = .359$) และเกือบทั้งหมดยืนานานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ชั่วโมง/ วัน ร้อยละ 95.00 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการทำงาน

| การทำงาน | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด ($n = 80$) | | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอด ครบกำหนด ($n = 80$) | |
|--|--|-------------|---|-------------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| | การทำงาน | | | |
| ไม่ได้ทำงาน | 23 | 28.75 | 25 | 31.25 |
| ทำงานช่วงแรก และ หยุดเมื่อ GA เพิ่ม | 16 | 20.00 | 20 | 25.00 |
| ทำงานตลอดการ ตั้งครรภ์ | 41 | 51.25 | 35 | 43.75 |
| ลักษณะงาน | | | | |
| งานที่นั่งโต๊ะ | 41 | 50.90 | 42 | 52.70 |
| งานที่ต้องเดินหรือยืน | 29 | 36.80 | 31 | 38.20 |
| งานที่ออกแรง | 10 | 12.30 | 7 | 9.10 |
| จำนวนชั่วโมงในการทำงาน | | | | |
| ต่อสัปดาห์ | | | | |
| ไม่ทำงาน | 23 | 28.75 | 25 | 31.25 |
| ≤ 40 ชั่วโมง | 25 | 31.25 | 21 | 26.25 |
| > 40 ชั่วโมง | 32 | 40.00 | 34 | 42.50 |
| | $M = 33.3625$ | Min = .00 | $M = 31.6063$ | Min = .00 |
| | $SD = 24.1280$ | Max = 91.00 | $SD = 24.5565$ | Max = 78.00 |
| การยืนติดต่อกันเป็นเวลานาน | | | | |
| ไม่เคย | 30 | 37.50 | 23 | 28.70 |
| เคยเป็นบางครั้ง | 44 | 55.00 | 44 | 55.00 |
| เป็นประจำ | 6 | 7.50 | 13 | 16.30 |
| ระยะเวลาการยืนนาน | | | | |
| ≤ 4 ชั่วโมง | 71 | 88.75 | 76 | 95.00 |
| > 4 ชั่วโมง | 9 | 11.25 | 4 | 5.00 |
| | $M = 1.61$ | Min = .00 | $M = 1.60$ | Min = .00 |
| | $SD = 1.4900$ | Max = 8.00 | $SD = 1.5940$ | Max = 6.00 |

2. ข้อมูลการสัมผัสสุหรืมือสอง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีบุคคลในครอบครัวสุหรื ร้อยละ 38.75 โดยมีสามีสุหรื คิดเป็น ร้อยละ 33.75 และเคยสัมผัสกลิ่นสุหรื น้อยครั้ง เป็นร้อยละ ที่มากที่สุด คือ ร้อยละ 43.75 รองลงมา คือ เคยสัมผัสสุหรืเป็นบางครั้ง ร้อยละ 37.50 ส่วนกลุ่ม เจ็บครรภ์คลอดครบกำหนดมีบุคคลในครอบครัวสุหรื ร้อยละ 50.00 โดยมีสามีสุหรื ร้อยละ 41.25 และเคยสัมผัสสุหรื น้อยครั้ง ร้อยละ 42.50 รองลงมาคือ เคยสัมผัสสุหรืเป็นบางครั้ง ร้อยละ 30.00

เมื่อเปรียบเทียบกันทั้งสองกลุ่ม พบว่า กลุ่มเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดมีบุคคลในครอบครัว สุหรื เป็นร้อยละที่น้อยกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์ครบกำหนด แต่มีการสัมผัสสุหรื เป็นร้อยละที่มากกว่า กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด คือ ร้อยละ 87.50 และร้อยละ 83.75 ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสัมผัสสุหรืมือสอง

| การสัมผัสสุหรืมือสอง | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด (n = 80) | | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอด ครบกำหนด (n = 80) | |
|----------------------------|--|--------|---|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| การสุหรืของบุคคลในครอบครัว | | | | |
| ไม่มี | 49 | 61.25 | 40 | 50.00 |
| มี | 31 | 38.75 | 40 | 50.00 |
| สามีสุหรื | | | | |
| ไม่สุหรื | 53 | 66.25 | 47 | 58.75 |
| สุหรื | 27 | 33.75 | 33 | 41.25 |
| การสัมผัสสุหรื | | | | |
| ไม่เคยสัมผัส | 10 | 12.50 | 13 | 16.25 |
| สัมผัสน้อยครั้ง | 35 | 43.75 | 34 | 42.50 |
| สัมผัสบ้างเป็นบางครั้ง | 30 | 37.50 | 24 | 30.00 |
| สัมผัสเป็นประจำ | 5 | 6.25 | 9 | 11.25 |

3. ข้อมูลคุณภาพการนอนหลับ

จากตารางที่ 5 คะแนนคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระหว่าง 0-21 คะแนน เมื่อแบ่งระดับคุณภาพการนอนหลับ พบว่า กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีคุณภาพการนอนหลับโดยรวมมีค่าเฉลี่ย 6.55 ($SD = 2.386$) มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี (6-21 คะแนน) ร้อยละ 60.00 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับ กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด ที่มีคุณภาพการนอนหลับโดยรวมมีค่าเฉลี่ย 6.49 ($SD = 3.011$) และมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี (6-21 คะแนน) ร้อยละ 57.50

เมื่อพิจารณาคุณภาพการนอนหลับรายองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย โดยกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเจ็บครรภ์ครบกำหนด มีคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยระดับดี เป็นร้อยละมากที่สุด คือ ร้อยละ 58.75 และ ร้อยละ 46.25 รองลงมา คือ ไม่ค่อยดี ร้อยละ 36.25 และร้อยละ 35.00 แต่กลุ่มเจ็บครรภ์ครบกำหนดมีคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยระดับดีมากเป็นร้อยละที่มากกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดอย่างชัดเจน คือ ร้อยละ 18.75 และ ร้อยละ 3.00

องค์ประกอบที่ 2 การนอนไม่หลับหลังจากเข้านอน มี 2 องค์ประกอบย่อย คือ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ และการนอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานมากกว่า 30 นาที มีคะแนนรวม 0-6 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ พบว่า ทั้งกลุ่มเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดและเจ็บครรภ์ครบกำหนด มีปัญหาการนอนไม่หลับหลังเข้านอนเล็กน้อย เป็นร้อยละมากที่สุด คือ ร้อยละ 55.00 และ ร้อยละ 46.25 รองลงมา คือ มีปัญหาพอสมควรร้อยละ 23.75 และร้อยละ 30.00 แต่กลับพบว่า กลุ่มเจ็บครรภ์ครบกำหนดมีปัญหาหนัก เป็นร้อยละที่มากกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดอย่างชัดเจน คือ ร้อยละ 10.00 และ 3.75

องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลาในการนอนหลับของแต่ละคืน ผลการศึกษาพบว่า ทั้งสองกลุ่ม มีจำนวนชั่วโมงการนอนหลับในแต่ละคืนมากกว่า 7 ชั่วโมง เป็นร้อยละมากที่สุด แต่กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีร้อยละของจำนวนชั่วโมงการนอนหลับในแต่ละคืนมากกว่า 7 ชั่วโมงน้อยกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์ครบกำหนดคือ ร้อยละ 61.25 และ 65.00

องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพการนอนโดยปกติวิสัย ซึ่งคิดเป็นร้อยละและแปลเป็นคะแนน มีคะแนนตั้งแต่ 0-3 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีประสิทธิภาพการนอนดีมาก (\geq ร้อยละ 85) ร้อยละ 82.50 ซึ่งมากกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์ครบกำหนดที่มีร้อยละ 66.25

องค์ประกอบที่ 5 การรบกวนการนอนหลับ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีปัญหาการรบกวนการนอนหลับพอสมควร เป็นร้อยละมากที่สุด คือ ร้อยละ 66.25 ซึ่งมากกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด ที่มีปัญหาการรบกวนการนอนหลับพอสมควร ร้อยละ 51.25 รองลงมา คือ มีปัญหาเล็กน้อย ร้อยละ 14.80 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด

มีปัญหาเล็กน้อย ร้อยละ 42.50

องค์ประกอบที่ 6 การใช้ยานอนหลับ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด ไม่เคยใช้ยานอนหลับ เป็นร้อยละที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 98.75

องค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวันพอสมควร เป็นร้อยละ ที่มากกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด คือ ร้อยละ 50.00 และ 27.50 ในขณะที่ กลุ่มเจ็บครรภ์ครบกำหนดไม่มีผลกระทบ เป็นร้อยละที่มากกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด อย่างชัดเจน คือ ร้อยละ 25.00 และ ร้อยละ 13.75

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพการนอนหลับ

| คุณภาพการนอนหลับ | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด ($n = 80$) | | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอด ครบกำหนด ($n = 80$) | |
|----------------------------|--|----------|---|----------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| คุณภาพการนอนหลับโดยรวม | | | | |
| ดี (0-5 คะแนน) | 32 | 40.00 | 34 | 42.50 |
| ไม่ดี (6-21 คะแนน) | 48 | 60.00 | 46 | 57.50 |
| | $M = 6.55$ | Min = 3 | $M = 6.49$ | Min = 2 |
| | $SD = 2.386$ | Max = 13 | $SD = 3.011$ | Max = 15 |
| องค์ประกอบที่ 1 | | | | |
| คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย | | | | |
| ดีมาก | 3 | 3.75 | 15 | 18.75 |
| ดี | 47 | 58.75 | 37 | 46.25 |
| ไม่ค่อยดี | 29 | 36.25 | 28 | 35.00 |
| ไม่ดีเลย | 1 | 1.25 | 0 | 0.00 |

ตารางที่ 5 (ต่อ)

| คุณภาพการนอนหลับ | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด ($n = 80$) | | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอด ครบกำหนด ($n = 80$) | |
|--------------------------------|--|--------|---|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| องค์ประกอบที่ 2 การนอนไม่หลับ | | | | |
| หลังจากเข้านอน | | | | |
| ไม่มีปัญหา | 14 | 17.50 | 11 | 13.75 |
| มีปัญหาเล็กน้อย | 44 | 55.00 | 37 | 46.25 |
| มีปัญหาพอสมควร | 19 | 23.75 | 24 | 30.00 |
| มีปัญหามาก | 3 | 3.75 | 8 | 10.00 |
| องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลาของการ | | | | |
| นอนหลับในแต่ละคืน | | | | |
| > 7 ชั่วโมง นานที่ | 49 | 61.25 | 52 | 65.00 |
| > 6-7 ชั่วโมง | 13 | 16.25 | 11 | 13.75 |
| 5-6 ชั่วโมง | 16 | 20.00 | 16 | 20.00 |
| < 5 ชั่วโมง | 2 | 2.50 | 1 | 1.25 |
| องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพการ | | | | |
| นอนโดยปกติวิสัย | | | | |
| ดีมาก (\geq ร้อยละ 85) | 66 | 82.50 | 53 | 66.25 |
| ดี (ร้อยละ 75-84) | 8 | 10.00 | 11 | 13.75 |
| ไม่ค่อยดี (ร้อยละ 65-74) | 4 | 5.00 | 7 | 8.75 |
| ไม่ดีเลย (< ร้อยละ 65) | 2 | 2.50 | 9 | 11.25 |
| องค์ประกอบที่ 5 การรบกวนการ | | | | |
| นอนหลับ | | | | |
| ไม่มีปัญหา | 1 | 0.50 | 1 | 1.25 |
| มีปัญหาเล็กน้อย | 23 | 14.80 | 34 | 42.50 |
| มีปัญหาพอสมควร | 53 | 66.25 | 41 | 51.25 |

ตารางที่ 5 (ต่อ)

| คุณภาพการนอนหลับ | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อน | | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบ | |
|-------------------------------|------------------------|--------|-----------------------|--------|
| | กำหนด ($n = 80$) | | กำหนด ($n = 80$) | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| มีปัญหาหนัก | 3 | 3.75 | 4 | 5.00 |
| องค์ประกอบที่ 6 การใช้นอนหลับ | | | | |
| ไม่เคยใช้ | 79 | 98.75 | 79 | 98.75 |
| เคยใช้ < 1 ครั้ง/ สัปดาห์ | 1 | 1.25 | 0 | 0.00 |
| องค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อการ | | | | |
| ทำกิจกรรมในเวลากลางวัน | | | | |
| ไม่มีผลกระทบ | 11 | 13.75 | 20 | 25.00 |
| มีผลกระทบเล็กน้อย | 27 | 33.75 | 35 | 43.75 |
| มีผลกระทบพอสมควร | 40 | 50.00 | 22 | 27.50 |
| มีผลกระทบมาก | 2 | 2.50 | 3 | 3.75 |

4. ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ มีคะแนนรวม

13-65 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมดี มีคะแนนรวมระหว่าง 49-65 พฤติกรรมดี

ปานกลาง มีคะแนนรวมระหว่าง 31-48 และพฤติกรรมไม่ดี มีคะแนนรวมระหว่าง 13-30

ผลการศึกษา พบว่า ทั้งกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนและกลุ่มเจ็บครรภ์ครบกำหนดมีค่าเฉลี่ยของ

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะใกล้เคียงกัน คือ 51.60 คะแนน ($SD = 6.227$)

และ 51.70 คะแนน ($SD = 6.126$) และทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดิน

ปัสสาวะในระดับดีเป็นร้อยละที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 71.30 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ
ในทางเดินปัสสาวะของกลุ่มตัวอย่าง

| พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ในทางเดินปัสสาวะ | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด ($n = 80$) | | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอด ครบกำหนด ($n = 80$) | |
|---|--|----------|---|----------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| พฤติกรรมดี | 57 | 71.30 | 57 | 71.30 |
| พฤติกรรมดีปานกลาง | 23 | 28.70 | 23 | 28.70 |
| | $M = 51.60$ | Min = 35 | $M = 51.70$ | Min = 37 |
| | $SD = 6.227$ | Max = 61 | $SD = 6.126$ | Max = 65 |

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตกับการเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตกับการเจ็บครรภ์คลอด
ก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนชั่วโมงทำงานต่อสัปดาห์ การขี้นาน
การสัมผัสสูบบุหรี่มือสอง กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

จากการวิเคราะห์ด้วยความสัมพันธ์ของตัวแปร 2 ตัวแปร ด้วยสถิติ Chi-square พบว่า
จำนวนชั่วโมงทำงาน การขี้นาน การสัมผัสสูบบุหรี่มือสอง ไม่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์
คลอดก่อนกำหนด ที่ระดับ .05 ($X^2 = .103$, $p = .374$, $X^2 = 2.093$, $p = .074$ และ $X^2 = 0.457$,
 $p = .249$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ การยืนนาน การสัมผัสสบู่มือสอง กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

| ตัวแปร | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด (n = 80) | | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอด ครบกำหนด (n = 80) | | X ² | p-value |
|------------------------|---|--------|--|--------|----------------|---------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| | | | | | | |
| จำนวนชั่วโมงในการทำงาน | | | | | .103 | .374 |
| ≤ 40 ชั่วโมง | 48 | 60.00 | 46 | 57.50 | | |
| > 40 ชั่วโมง | 32 | 40.00 | 34 | 42.50 | | |
| การยืนนาน | | | | | 2.093 | .074 |
| ≤ 4 ชั่วโมง | 71 | 88.75 | 76 | 95.00 | | |
| > 4 ชั่วโมง | 9 | 11.25 | 4 | 5.00 | | |
| การสัมผัสสบู่มือสอง | | | | | 0.457 | .249 |
| ไม่เคย | 10 | 12.50 | 13 | 16.25 | | |
| เคย | 70 | 87.50 | 67 | 83.75 | | |

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอน กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

จากการวิเคราะห์ด้วยความสัมพันธ์ของตัวแปร 2 ตัวแปร ด้วยสถิติ Chi-square พบว่าคุณภาพการนอนไม่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ระดับ .05 ($X^2 = .103$, $p = .374$) แต่พิจารณาตามองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการนอนเชิงอัตนัยมีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X^2 = 9.014$, $p = .001$) และองค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X^2 = 7.421$, $p = .006$)

ตารางที่ 8 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอน กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

| ตัวแปร | กลุ่มเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด (n = 80) | | กลุ่มเจ็บครรภ์ คลอดครบกำหนด (n = 80) | | X ² | p-value |
|---|---|--------|--|--------|----------------|---------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| | คุณภาพการนอนหลับ | | | | | |
| ดี | 32 | 40.00 | 34 | 42.50 | | |
| ไม่ดี | 48 | 60.00 | 46 | 57.50 | | |
| องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการ นอนหลับเชิงอัตนัย | | | | | 9.014 | .001 |
| ดี | 3 | 3.75 | 15 | 18.75 | | |
| ไม่ค่อยดี | 77 | 96.25 | 65 | 81.25 | | |
| องค์ประกอบที่ 2 การนอน ไม่หลับหลังจากเข้านอน | | | | | 3.819 | .141 |
| ไม่มีปัญหา | 7 | 8.75 | 8 | 10.00 | | |
| มีปัญหาเล็กน้อย | 54 | 67.50 | 43 | 53.75 | | |
| มีปัญหาพอสมควร | 19 | 23.75 | 23 | 18.75 | | |
| มีปัญหามาก | 0 | 0 | 6 | 7.50 | | |
| องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลา ของการนอนหลับในแต่ละคืน | | | | | .242 | .311 |
| > 7 ชั่วโมง | 65 | 81.25 | 64 | 80.00 | | |
| ≤ 7 ชั่วโมง | 15 | 18.75 | 16 | 20.00 | | |
| องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพ การนอนโดยปกติวิสัย | | | | | 7.167 | .068 |
| ดีมาก (≥ ร้อยละ 85) | 66 | 82.50 | 53 | 66.25 | | |
| ดี (ร้อยละ 75-84) | 8 | 10.00 | 11 | 13.75 | | |
| ไม่ค่อยดี (ร้อยละ 65-74) | 4 | 5.00 | 7 | 8.75 | | |
| ไม่ดีเลย (< ร้อยละ 65) | 2 | 2.50 | 9 | 11.25 | | |

ตารางที่ 8 (ต่อ)

| ตัวแปร | กลุ่มเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด (n = 80) | | กลุ่มเจ็บครรภ์ คลอดครบกำหนด (n = 80) | | X ² | p-value |
|---|---|--------|--|--------|----------------|---------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| | องค์ประกอบที่ 5 การรบกวน การนอนหลับ | | | | | |
| ไม่มีปัญหา หรือมีน้อย | 24 | 30.00 | 35 | 43.75 | | |
| มีปัญหา | 56 | 70.00 | 35 | 49.25 | | |
| องค์ประกอบที่ 6 ผลกระทบต่อ การทำกิจกรรมในเวลากลางวัน | | | | | 0.00 | 1.00 |
| ไม่เคยใช้ยา | 79 | 98.75 | 79 | 98.75 | | |
| เคยใช้ยาบ้าง | 1 | 1.25 | 1 | 1.25 | | |
| องค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อ การทำกิจกรรมในเวลากลางวัน | | | | | 7.421 | .006 |
| ไม่มีผลกระทบหรือมีน้อย | 38 | 47.50 | 55 | 68.75 | | |
| มีผลกระทบพอสมควรหรือมาก | 42 | 52.50 | 25 | 31.25 | | |

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดิน ปัสสาวะและการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

เนื่องจากตัวแปรพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะมีระดับการวัดเป็น Interval scale และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็น Ordinal scale การทดสอบความสัมพันธ์ จึงใช้สถิติ Point biserial correlation coefficient ผลการวิเคราะห์พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะไม่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ($r_{pb} = -.01$, $p = .459$) ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ
และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

| ตัวแปร | การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด | <i>p</i> -value |
|--|---------------------------|-----------------|
| พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ของทางเดินปัสสาวะ | -.01 (r_{pb}) | .459 |

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด ที่เข้ารับการดูแล ณ ห้องคลอดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 160 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 80 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ ข้อมูลการทำงาน ข้อมูลการยืนนาน ข้อมูลการสัมผัสบุหรี่ยี่มือสอง แบบประเมินคุณภาพการนอน และแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Chi-square test และสถิติ Point Baserial Correlation Coefficient สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด มีอายุระหว่าง 20-35 ปี มากที่สุด คือ ร้อยละ 76.25 และ 77.50 กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีอายุเฉลี่ย 30.80 ปี ($SD = 5.90$) สูงกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด ค่าเฉลี่ย 26.42 ปี ($SD = 5.88$) กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และมัธยมศึกษา ร้อยละ 42.50 ขณะที่กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 46.25 ทั้งสองกลุ่มมีอาชีพข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจหรือพนักงานบริษัทเอกชน มากที่สุด ร้อยละ 37.50 และร้อยละ 27.50 ส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 95.00 และร้อยละ 96.25 โดยลักษณะของครอบครัวของกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 60 ส่วนกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 51.20

กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 40,437.50 บาท ($SD = 22,898.15$) โดยมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน มากกว่า 40,000 บาท ร้อยละ 42.50 ซึ่งมากกว่า รายได้ของกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด มีรายได้เฉลี่ย 30,681.25 บาท ($SD = 18,585.80$) โดยมีรายต่ำกว่า 20,000 บาท เป็นร้อยละมากที่สุด คือ ร้อยละ 45 และกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีความพอเพียงของรายได้สูงกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนดอย่างชัดเจน ร้อยละ 71.30 และร้อยละ 67.50

2. ข้อมูลการตั้งครรภ์

กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 ร้อยละ 50.00 ส่วนกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนดเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 และ 2 คิดเป็นร้อยละใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 37.50 และ 38.75 และประวัติการแท้งบุตร กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนดมี ส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มไม่มีประวัติการแท้งบุตร แต่กลุ่มเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดมีประวัติการคลอดก่อนกำหนด มากกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์ครบกำหนด ร้อยละ 21.25 และร้อยละ 6.25 ส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มไม่มีภาวะซีด แต่กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีค่า ฮีโมโกลบินขณะตั้งครรภ์ เฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด ($M = 10.06, SD = 1.24$ และ $M = 12.36, SD = 1.40$) และมีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ต่ำกว่าเกณฑ์เป็นร้อยละ มากกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด คือ ร้อยละ 22.50 และร้อยละ 12.50 นอกจากนี้ กลุ่มคลอดก่อนกำหนดมีการเพิ่มน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ เป็นร้อยละที่มากกว่าส่วนกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด ร้อยละ 15.00 และร้อยละ 8.75

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการดำเนินชีวิต

1. ข้อมูลด้านการทำงานและการยืมนาน

กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีการทำงานตลอดการตั้งครรภ์ ร้อยละ 51.25 มากกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด ที่มีการทำงานตลอดการตั้งครรภ์ ร้อยละ 43.75 โดยที่กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทำงานนั่งโต๊ะ คิดเป็นร้อยละ 50.90 รองลงมา คือ งานที่ต้องเดินหรือยืน คิดเป็นร้อยละ 36.80 ในขณะที่กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนดทำงานที่นั่งโต๊ะ ร้อยละ 52.70 รองลงมา คือต้องเดินหรือยืน ร้อยละ 38.20 ทั้งสองกลุ่มมีจำนวนชั่วโมงการทำงานน้อยกว่า 40 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์เป็นร้อยละที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 40.00 และร้อยละ 42.50 และกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีร้อยละของการยืมนานมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน มากกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด ร้อยละ 90.00 และร้อยละ 85.00

2. ข้อมูลการสัมผัสบุหรี่มือสอง

กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีบุคคลคลในครอบครัวสูบบุหรี่เป็นร้อยละที่น้อยกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด คือ ร้อยละ 38.75 และร้อยละ 50.00 แต่เคยมีการสัมผัสบุหรี่

เป็นร้อยละที่มากกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด คือ ร้อยละ 87.50 และร้อยละ 83.75

3. ข้อมูลคุณภาพการนอนหลับ

กลุ่มที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและครบกำหนดมีคุณภาพการนอนหลับ โดยรวมมีค่าเฉลี่ย 6.55 คะแนน ($SD = 2.386$) และค่าเฉลี่ย 6.49 คะแนน ($SD = 3.011$) ตามลำดับ โดยกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี (6-21 คะแนน) ร้อยละ 60.00 ซึ่งมากกว่า กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด ที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี (6-21 คะแนน) ร้อยละ 57.50

เมื่อพิจารณาคูณภาพการนอนหลับรายองค์ประกอบพบว่า กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีองค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยระดับดีมาก น้อยกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด คือ คิดเป็นร้อยละ 3.75 และร้อยละ 18.75 และองค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลาในการนอนหลับของแต่ละคืนน้อยกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด คือ ร้อยละ 61.25 และร้อยละ 65.00 นอกจากนี้กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีองค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบของการนอนต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน มากกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด คือ ร้อยละ 52.5 และ 31.25 และทั้งสองกลุ่มมีการใช้ยานอนหลับน้อยมาก คือ ร้อยละ 1.25 เท่ากัน

4. ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนดมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะระดับดี เป็นร้อยละที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 71.30 และมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 51.60 คะแนน ($SD = 6.227$) และ 51.70 ($SD = 6.126$)

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ผลการวิจัยพบว่า จำนวนชั่วโมงทำงานต่อสัปดาห์ การยืนนานมากกว่า 4 ชั่วโมง และการสัมผัสสารเคมีมือสอง ไม่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($X^2 = .103, p = .374$, $X^2 = 2.093, p = .074$ และ $X^2 = 0.457, p = .249$ ตามลำดับ)

คุณภาพการนอนไม่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($X^2 = .103, p = .374$) เช่นกัน แต่เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบพบว่า องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการนอนเชิงอัตนัย และองค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X^2 = 9.014, p = .001$ และ $X^2 = 7.421, p = .006$)

ส่วนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะไม่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($r_{pb} = -.01, p = .459$)

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และการเจ็บ
 ครรภ์คลอดก่อนกำหนด วิเคราะห์โดย สถิติ Point Baserial Correlation Coefficient พบว่า
 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะไม่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอด
 ก่อนกำหนด ($r_{pb} = -.01, p = .459$)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีอายุ 20-35 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 76.30, 77.50) แต่กลุ่ม
 เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีอายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทาง
 สถิติ และมีร้อยละของกลุ่มอายุมากกว่า 35 ปี มากกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์ครบกำหนด เนื่องจากอายุ
 ที่สูงขึ้น โดยเฉพาะมากกว่า 35 ปี เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์รวมทั้งการคลอด
 ก่อนกำหนด สอดคล้องกับศึกษาของการวิจัยของ Fuchs et al. (2018) พบว่า อายุที่มากขึ้นเสี่ยงต่อ
 การคลอดก่อนกำหนด โดยอายุมากกว่า 40 ปี เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 1.20 เท่า (95% CI;
 1.06-1.36) นอกจากนี้กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงกว่าอย่างมี
 นัยสำคัญ และมีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปเป็นร้อยละที่มากกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบ
 กำหนด ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งมักพบว่า การเจ็บครรภ์คลอดก่อน
 กำหนดมักพบในหญิงตั้งครรภ์ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ (Weightman et al., 2012) และการศึกษา
 ต่ำ (Ruiz et al., 2015) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่ม
 คนเขตเมือง มีรายได้สูง มีการศึกษาสูงมีอาชีพการงานดี ทำงานนั่งโต๊ะ (งานราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
 หรือเอกชน) โดยกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาระดับ
 ปริญญาตรีขึ้นไป ประมาณร้อยละ 34 มากกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนดที่มี ร้อยละ 23
 และกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 40,001 บาท ขึ้นไป เป็นร้อยละ
 ที่มากกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดกำหนดเกือบ 2 เท่า (ร้อยละ 42.0 และร้อยละ 22.50) ซึ่งคน
 มีการศึกษาสูงมักจะทำงานในตำแหน่งที่ต้องใช้สมองและความคิด อาจทำให้เกิดความเครียด
 ส่งผลให้ร่างกายมีการหลั่งไซโตไคน์ (Cytokines) ทำให้เกิดการอักเสบในร่างกาย และส่งผลต่อ
 การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ จากผลการศึกษาครั้งนี้ น่าสนใจที่จะศึกษาต่อถึงปัจจัยที่มี
 ความสัมพันธ์กับคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในเขตเมืองกลุ่มที่มีรายได้และความรู้ดี
 นอกจากนี้ในส่วน of ข้อมูลการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีสัดส่วนของคน
 ที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์ครบกำหนดอย่างชัดเจน คือ ร้อยละ 21.25
 และร้อยละ 6.25 สอดคล้องกับการศึกษาของ Hidayat et al. (2016)

ซึ่งพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดในการตั้งครรภ์ก่อนมีโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด 2.34 เท่า ($OR = .234$, $p < .001$)

ชั่วโมงทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทั้งนี้เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งไม่ได้ทำงานและทำงานในช่วงแรกของการตั้งครรภ์แต่เมื่อครรภ์โตขึ้นก็หยุดทำงาน ทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะของการทำงานในเรื่องชั่วโมงการทำงานที่มากกว่า 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 40.00 และร้อยละ 42.50 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นคนที่ในสังคมเมือง ประมาณเกือบครึ่งทำงานรัฐวิสาหกิจและงานบริษัท มีส่วนน้อยที่เป็นงานที่ใช้แรงงาน ซึ่งการทำงานบริษัทหรือหน่วยงานจะปฏิบัติตามกฎหมายแรงงานที่คุ้มครองไม่ให้หญิงตั้งครรภ์ทำงานเกินกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ปัญหาการทำงานเกิน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์จึงพบได้ไม่ถึงครึ่ง และไม่แตกต่างกัน ทำให้ตัวแปรชั่วโมงการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

การยืนนาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ถึงแม้ว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะมีร้อยละของการยืนนานมากกว่า 4 ชั่วโมง มากกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์ครบกำหนด ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับ Palmer et al. (2013) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ มีการศึกษาระดับสูง มีอาชีพทำงานลักษณะงานนั่งโต๊ะมากกว่างานใช้แรงงาน ทั้งสองกลุ่ม มีการทำงานที่ยืนเป็นประจำเป็นร้อยละที่ต่ำ (ร้อยละ 7.50 และร้อยละ 16.30) และส่วนใหญ่มีระยะเวลาการยืนนาน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 88.75 และร้อยละ 95.00 จึงทำให้ตัวแปรการยืนไม่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และปัจจุบันมีกฎหมายคุ้มครองแรงงานหญิงตั้งครรภ์ไม่ให้มีการยืนนานติดต่อกันทำให้การยืนนานไม่มีผลต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

การสัมผัสสุหรืมือสอง ไม่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจาก การศึกษาครั้งนี้พบกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด สัมผัสสุหรืมือสองครั้งหรือไม่ได้สัมผัส ร้อยละ 42.50 และ 43.80 ตามลำดับ ส่วนน้อยที่มีการสัมผัสเป็นประจำ ร้อยละ 11.30 และ 6.30 ตามลำดับ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการรณรงค์เรื่องการหยุดสูบบุหรืและงดสูบบุหรืในที่สาธารณะได้ผล ประชากรจึงสูบบุหรืลดลง ทำให้การสัมผัสสุหรืไม่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด

คุณภาพการนอน จากการวิเคราะห์ด้วยความสัมพันธ์ของตัวแปร 2 ตัวแปร ด้วยสถิติ Chi-square พบว่า คุณภาพการนอน กับ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ไม่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($X^2 = .103$, $p = .374$)

แต่พิจารณาตามองค์ประกอบ พบว่า ผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Okun et al. (2011) ซึ่งพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาอนหลับ เพิ่มโอกาสการคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 18-25 ($p = .02$) อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์แยกองค์ประกอบ พบว่าคุณภาพการนอนเชิงอัตนัย ซึ่งเป็นการสอบถามการนอนหลับได้ดีหรือไม่ดีตามการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ และผลกระทบของการนอนต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน กลับพบว่า มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อธิบายได้ว่า ในระยะตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์มักจะมีปัญหาอนไม่หลับในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์และเพิ่มขึ้นในไตรมาสที่ 3 การนอนไม่หลับหรือหลับไม่ดี ทำให้ร่างกายมีความตึงเครียด มีการหลั่งไซโตไคน์ (Cytokines) ทำให้เกิดการอักเสบในร่างกาย และทำให้เกิดคลอดก่อนกำหนดได้ โดยเพิ่มโอกาสการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 18-25 (Hoffman et al., 2016)

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะไม่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด อธิบายได้ว่าการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลมีการศึกษาค่อนข้างดีเป็นส่วนใหญ่ จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองเป็นอย่างดี โดย ทั้งสองกลุ่มค่าคะแนนพฤติกรรมปัสสาวะก่อนไปทางดี คือ 51.60 คะแนน ($SD = 6.227$) และ 51.70 คะแนน ($SD = 6.126$) (จากคะแนนรวม 13-65 คะแนน) ตัวแปรนี้จึงไม่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์จัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับและคลายความเครียดแก่หญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ด้านการวิจัย ศึกษาวิจัยปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แต่เพิ่มตัวแปรความเครียดจากการทำงาน โดยศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีเศรษฐกิจสูงในเขตเมืองเปรียบเทียบกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานใช้แรงงานและมีรายได้ปานกลางหรือต่ำ

บรรณานุกรม

- กนกพร นทีชนสมบัติ. (2556). การติดเชื้ของทางเดินปัสสาวะในสตรีตั้งครรภ์.
วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 16(32), 141-156.
- กรรณิกา แซ่ตั้ง. (2562). ผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะซ้ำต่อ
พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผดุงครรภ์, คณะพยาบาลศาสตร์,
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กองตรวจราชการ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. (2561). การพัฒนาระบบบริการ
สุขภาพ (Service plan) Health outcome ตัวชี้วัดกำกับติดตาม: KPI 6 ลดอัตราการ
คลอดก่อนกำหนด. ใน *แผนการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี
งบประมาณ พ.ศ. 2561* (หน้า 469-474). นนทบุรี: สำนักตรวจราชการกระทรวง
สาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก [http://203.157.104.68/e-insreport/
document_summarize.php](http://203.157.104.68/e-insreport/document_summarize.php)
- กาญจนาณัฐ ทองเมืองชัยเทพ, กัญญาพัชร พงษ์ข้างอยู่, ชุติมา มาลัย และหทัยรัตน์ บุญยพรรณพงศ์.
(2562). ผลของการได้รับควีนนุหรือของหญิงตั้งครรภ์ต่อทารกในครรภ์: การสังเคราะห์
งานวิจัยอย่างเป็นระบบ. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 12(1), 117-132.*
- จิรเนาว์ ทัศศรี. (2545). *การพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนด*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชญาพัฒน์ ธรรมภาสุวรรณ์, วรรณภา พานูวัฒนกร และเยาวลักษณ์ เสรีเสถียร. (2556). ผลของ
โปรแกรมการดูแลมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดต่อความ
วิตกกังวล และสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก. *แพทย์สารทหารอากาศ,
59(1), 31-41.*
- ฐิติกานต์ ณ ปั่น. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์
โรงพยาบาลอมก๋อย อ. อมก๋อย จ. เชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขล้านนา, 10(2),
142-150.*
- ณัฐญา เนตรหิน. (2555). *สธ. เผยสถิติหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด 6.4-8 หมื่นคน/ปี
กว่า 1 หมื่นรายเด็กต้องอยู่ I.C.U.* เข้าถึงได้จาก [http://www.thanonline.com/
index.php?option=com_content&view=article&id=151171:64-8-licu](http://www.thanonline.com/index.php?option=com_content&view=article&id=151171:64-8-licu)

- ณัฐมณฑน์ โกศัย, ฉวี เบาทรวง และกรรณิการ์ กั้นระรักษา. (2554). ประสิทธิภาพของการใช้
แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสุโขทัย. *พยาบาลสาร*, 38(3), 30-41.
- ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญ ดันชัยสวัสดิ์. (2543). ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของ
พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 45(3), 123-132.
- เทียรทอง นิมศิริ. (2553) *ความสามารถในการทำนายปัจจัยคัดสรรต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการ
เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้ง
การเจ็บครรภ์คลอด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการผดุงครรภ์,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธีระ ทองสง. (2555). ผลบวกกลางในการตรวจวัดระดับซีรัมมาร์คเกอร์ในเลือดมารดาเพื่อคัดกรอง
กลุ่มอาการดาวน์: การขนส่งมีผลหรือไม่. *วารสารจดหมายเหตุทางแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์*, 95(2), 152-155.
- นฤมล ธีระรังสิกุล. (2555). ประสบการณ์ชีวิตของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด. *วารสาร
การพยาบาลและการศึกษา*, 5(1), 25-39.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ:
ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ประภัทร วานิชพงษ์พันธุ์. (2554). การดูแลรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ใน ประสงค์
ตันมหาสมุทร, พงษ์ จันท์ประภาพ, อรรถพล ใจชื่น, ชันยรัตน์ วงศ์วานุรักษ์
และตรีภพ เลิศ บรรณพงษ์ (บรรณาธิการ), *สูตินรีเวชทันยุค OB-GYN in practice 2011*
(หน้า 111-119). กรุงเทพฯ: พี. อี. ลิฟวิ่ง.
- ปิยาณี นักบุญ. (2554). *การพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
ของงานห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการพยาบาลผดุงครรภ์ขั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พัชรินทร์ อินทร์ปรง. (2551). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการ
การเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือด
โคโรนารี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่,
บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พัญญู พันธุ์บุรณะ. (2554). การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ใน ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ, จูติมา สุนทรสัจ และสมศักดิ์ สุทัศน์วรวุฒิ (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์ฉุกเฉิน* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 91-130). สมุทรสาคร: พิมพ์ดี.
- พิชชนันท์ อูยานุกุล. (2558). ความชุกและคุณภาพชีวิตหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับควันทันนุหรีมมือสอง ในระหว่างตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ระพี เกลิมวุฒานนท์, เอี่ยมพร ราชภูติ และศิริโรจน์ โชติกสธิต. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 30(4), 291-298.
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. (2563). *เวชสถิติหน่วยงานห้องคลอด*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.
- โรงพยาบาลเชียงใหม่. (2563). *เวชสถิติหน่วยงานห้องคลอด*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลเชียงใหม่.
- โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา. (2563). *เวชสถิติหน่วยงานห้องคลอด*. ชลบุรี: โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา.
- วรรณุช ไชยวาน. (2555). การรับรู้และการจัดการด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดภายหลังการจำหน่ายกลับบ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วรพงศ์ ภู่งศ์. (2555). การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด (Preterm labor and delivery). ใน *วรพงศ์ ภู่งศ์ (บรรณาธิการ), การดูแลปัญหาที่พบบ่อยทางสูติศาสตร์ (Management of common problems in obstetrics)* (หน้า 101-119). กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- วรัญญา ทรัพย์เจริญ. (2562). ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและคุณภาพชีวิตของหญิงหลังคลอดบุตรที่ได้รับการตรวจปัสสาวะในการรับควันทันนุหรีมมือสองระหว่างตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิทยา ถิฐาพันธ์. (2553). *คู่มือตั้งครรภ์เตรียมคลอดสำหรับคุณแม่ยุคใหม่*. กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น.
- วิทยา ธรรมเจริญ, นิตศนีย์ เจริญงาม และญาคาภา โชติคิลก. (2561). ปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. *วารสารศรีนครินทร์วิโรฒวิจัยและพัฒนา*, 10(19), 188-200.

- วิภาภรณ์ ตี๋ปาละ. (2548). *การเปลี่ยนแปลงสิ่งก่อความเครียดของสตรีที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริวรรณ แสงอินทร์. (2557). การพยาบาลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 22(1), 27-38.
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2552). *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3*. กรุงเทพฯ: ยูทธรินทร์ การพิมพ์.
- สายฝน ชาวลาไพบูลย์. (2553). การคลอดก่อนกำหนด (Preterm labour). กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลิฟวิ้ง.
- สายฝน ชาวลาไพบูลย์ และสุจินต์ กนกพงศ์ศักดิ์. (2554). ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และภาวะน้ำเดินในครรภ์ก่อนกำหนด. *เวชบันทึกศิริราช*, 4(2), 25-39.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2562). คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Serviceplan) หัวข้อ สาขาสูติกรรม. ใน *เอกสารประกอบการตรวจราชการกรณีปกติ รอบ 2/ 2562 วันที่ 5-7 มิถุนายน 2562* (หน้า 285-289) กรุงเทพฯ: เอ. ลิฟวิ้ง. เข้าถึงได้จาก <http://odpc9.ddc.moph.go.th/Region9/region9.htm>
- สุชยา ลีอวรรณ. (2558). *ทารกตายในครรภ์ (Fetal death)*. เข้าถึงได้จาก https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index.php?option=com_content&view=article&id=1089:fetal-death&catid=38&Itemid=480
- Afolabi, B. B., Moses, O. E., & Oduyebo, O. O. (2016). Bacterial vaginosis and pregnancy outcome in Lagos, Nigeria. *Open Forum Infectious Diseases*, 3(1), 1-5. doi: 10.1093/ofid/ofw030
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2002). Exercise during pregnancy and the postpartum period (ACOG committee opinion No. 267). *Obstetrics and Gynecology*, 99(1), 171- 173.
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2013). Committee on practice bulletin no. 137: Gestational diabetes mellitus. *Obstetrics and Gynecology*, 122, 406- 416.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic criteria from dsM-iV-tr*. California: American Psychiatric.
- Bacelis, J., Juodakis, J., Waldorf, K. M. A., Sengpiel, V., Muglia, L. J., Zhang, G., & Jacobsson, B. (2018). Uterine distention as a factor in birth timing: Retrospective nationwide cohort study in Sweden. *BMJ Open*, 8(10), 1-6.

- Baratte-Beebe, K. R., & Lee, K. (1999). Sources of midsleep awakenings in childbearing women. *Clinical Nursing Research*, 8(4), 386-397.
- Barrera, R., Amador, M., & MacKay, A. J. (2011). *Population dynamics of Aedes aegypti and dengue as influenced by weather and human behavior in San Juan*. Puerto Rico: PLoS Negl Trop Dis.
- Bonzini, M., Coggon, D., Godfrey, K., Inskip, H., Crozier, S., & Palmer, K. T. (2009). Occupational physical activities, working hours and outcome of pregnancy: Findings from the Southampton women's survey. *Occupational and Environmental Medicine*, 66(10), 685-690.
- Boyle, A. K., Rinaldi, S. F., Norman, J. E., & Stock, S. J. (2017). Preterm birth: Inflammation, fetal injury and treatment strategies. *Journal of Reproductive Immunology*, 119, 62-66.
- Brumberg, H. L., & Shah, S. I. (2015). Born early and born poor: An eco-bio-developmental model for poverty and preterm birth. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, 8(3), 179-187. doi: 10.3233/NPM-15814098
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.
- Charbonneau, M., Falcone, T., Cosio, M. G., & Levy, R. D. (1991). Obstructive sleep apnea during pregnancy. *American Review of Respiratory Disease*, 144(2), 461-463.
- Chawanpaiboon, S., Vogel, J. P., Moller, A. B., Lumbiganon, P., Petzold, M., Hogan, D., Landoulsi, S., Jampathong, N., Kongwattanakul, K., Laopaiboon, M., Lewis, C., Rattanakanokchai, S., Teng, D. N., Thinkhamrop, J., Watananirun, K., Zhang, J., Zhou, W., & Gülmezoglu, A. M. (2019). Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: A systematic review and modelling analysis. *The Lancet Global Health*, 7(1), e37-e46. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30451-0
- Chuang, C. H., Stengel, M. R., Hwang, S. W., Velott, D., Kjerulff, K. H., & Kraschnewski, J. L. (2014). Behaviours of overweight and obese women during pregnancy who achieve and exceed recommended gestational weight gain. *Obesity Research & Clinical Practice*, 8(6), e577-e583.

- Condo, V., Cipriani, S., Colnaghi, M., Bellu, R., Zanini, R., Bulfoni, C., Parazzini, F., & Mosca, F. (2017). Neonatal respiratory distress syndrome: Are risk factors the same in preterm and term infants. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30(11), 1267-1272.
- Cui, H., Gong, T. T., Liu, C. X., & Wu, Q. J. (2016). Associations between passive maternal smoking during pregnancy and preterm birth: Evidence from a meta-analysis of observational studies. *PLoS One*, 11(1), 1-18. doi: 10.1371/journal.pone.0147848
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2018). *Williams obstetrics* (25th ed., pp. 803-834). New York: McGraw Hill Education.
- Danielian, P., & Hall, M. (2005). The epidemiology of preterm labour. In J. Norman & I. Greer (Eds.). *Preterm labour: Managing risk in clinical practice* (18th ed., pp. 1- 25). Cambridge: Cambridge University Press.
- Darvill, R., Skirton, H., & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: A qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26(3), 357-366.
- Demol, S., Bashiri, A., Furman, B., Maymon, E., Shoham-Vardi, I., & Mazor, M. (2000). Breech presentation is a risk factor for intrapartum and neonatal death in preterm delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 93(1), 47-51.
- Dudenhause, J. W., Kunze, M., Wittwer-Backofen, U., Hagenah, H. P., Strauss, A., Gnther, V., Alkatout, I., Grunebaum, A., & Voigt, M. (2018). The relationship between maternal age, body mass index, and the rate of preterm birth. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 19(4), 182-186. doi: 10.4274/jtgga.2018.0057
- El Sayed, S. L. M., & Mohamed, H. A. M. (2019). Maternal lifestyle and behavioral factors affect risk of spontaneous preterm birth. *American Journal of Nursing*, 8(3), 109-118.

- Felder, J. N., Baer, R. J., Rand, L., Jelliffe-Pawlowski, L. L., & Prather, A. A. (2017). Sleep disorder diagnosis during pregnancy and risk of preterm birth. *Obstetrics & Gynecology, 130*(3), 573-581.
- Field, T., Diego, M., Dieter, J., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., Yando, R., & Bendell, D. (2004). Prenatal depression effects on the fetus and the newborn. *Infant Behavior and Development, 27*, 216-229.
- Franklin, K. A., Holmgren, P. A., Jonsson, F., Poromaa, N., Stenlund, H., & Svanborg, E. (2000). Snoring, pregnancy-induced hypertension, and growth retardation of the fetus. *Chest, 117*(1), 137-141.
- Freda, M. C., Alersen, H. F., & Damus, K. (1990). Lifestyle modification as an intervention for inner city women at high risk for preterm birth. *Leading Global Nursing Reseach, 1*(3), 1365-2648.
- Fuchs, F., Monet, B., Ducruet, T., Chaillet, N., & Audibert, F. (2018). Effect of maternal age on the risk of preterm birth: A large cohort study. *PLoS One, 13*(1), 1-10.
doi: 10.1371/journal.pone.0191002 J
- Gilbert, E. S. (2011). *Manual of high risk pregnancy and delivery*. St. Louis: Mosby.
- Goel, P., Radotra, A., Singh, I., Aggarwal, A., & Dua, D. (2004). Effects of passive smoking on outcome in pregnancy. *Journal of Postgraduate Medicine, 50*(1), 12.
- Goldenberg, R. L. (2002). The management of preterm labor. *Obstetrics & Gynecology, 100*(5), 1020-1037.
- Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D., & Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *The Lancet, 371*(9606), 75-84.
- Gray, B. A. (2006). A ticking uterus: How nurses can identify, treat and prevent preterm labor. *Nursing for Women's Health, 10*(5), 380-389.
- Grimes-Dennis, J., & Berghella, V. (2007). Cervical length and prediction of preterm delivery. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, 19*(2), 191-195.
- Gunes, A., Inal, M., Alpaslan, N., Cicek, E., Guneri, F., & Eraslan, T. (2005). Effects of exogenously applied salicylic acid on the induction of multiple stress tolerance and mineral nutrition in maize. *Archives of Agronomy and Soil Science, 51*(5), 687-695.

- Gupton, A., Heaman, M., & Ashcroft, T. (1997). Bed rest from the perspective of the highrisk pregnant woman. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 26(4), 423-430.
- Haram, K., Mortensen, J. H., & Wollen, A. L. (2003). Preterm delivery: An overview. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 82(2), 687-704.
- Hedman, C., Pohjasvaara, T., Tolonen, U., Suhonen-Malm, A. S., & Myllyla, V. V. (2002). Effects of pregnancy on mothers' sleep. *Sleep Medicine*, 3(1), 37-42.
- Hernandez-Martinez, C., Val, V. A., Subias, J. E., & Sans, J. C. (2012). A longitudinal study on the effects of maternal smoking and secondhand smoke exposure during pregnancy on neonatal neurobehavior. *Early Human Development*, 88(6), 403-408.
- Hidayat, Z. Z., Ajiz, E. A., & Krisnadi, S. R. (2016). Risk factors associated with preterm birth at hasan sadikin general hospital in 2015. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 6(13), 798-807. doi: 10.4236/ojog.2016.613098
- Hoffman, M. C., Mazzoni, S. E., Wagner, B. D., & Laudenslager, M. L. (2016). Measures of maternal stress and mood in relation to preterm birth. *Obstetrics and Gynecology*, 127(3), 1-15.
- Hoffman, S., & Hatch, M. C. (2000). Depressive symptomatology during pregnancy: Evidence for an association with decreased fetal growth in pregnancies of lower social class women. *Health Psychology*, 19(6), 535.
- Hoyt, A. T., Canfield, M. A., Romitti, P. A., Botto, L. D., Anderka, M. T., Krikov, S. V., & Feldkamp, M. L. (2018). Does maternal exposure to secondhand tobacco smoke during pregnancy increase the risk for preterm or small-for-gestational age birth? *Maternal and Child Health Journal*, 22(10), 1418-1429. doi: 10.1007/s10995-018-2522-1
- Hung, T. H., Chen, S. F., & Hsu, J. J. (2015). Gestational weight gain and risks for adverse perinatal outcomes: A retrospective cohort study based on the 2009 Institute of Medicine guidelines. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 54(4), 421-425.

- Ikehara, S., Kimura, T., Kakigano, A., Sato, T., & Iso, H. (2019). Association between maternal alcohol consumption during pregnancy and risk of preterm delivery: The Japan environment and children's study. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *126*(12), 1448-1454.
- Jiang, Y., Xia, W., Zhang, B., Pan, X., Liu, W., Jin, S., Huo, W., Liu, H., Peng, Y., Sun, X., Zhang, H., Zhou, A., Xu, S., & Li, Y. (2018). Predictors of thallium exposure and its relation with preterm birth. *Environmental Pollution*, *233*, 971-976.
doi: 10.1016/j.envpol.2017.09.080
- Kathryn, E. G., Bruce, C., Susan, D. M., & Audrey, T. (2004). Stressors and child and adolescent psychopathology: Measurement issues and prospective effects. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *33*(2), 412-425.
- Keklund, G., & ÅKerstedt, T. (1997). Objective components of individual differences in subjective sleep quality. *Journal of Sleep Research*, *6*(4), 217-220.
- Khader, Y. S., Al-Akour, N., AlZubi, I. M., & Lataifeh, I. (2011). The association between second hand smoke and low birth weight and preterm delivery. *Maternal and Child Health Journal*, *15*(4), 453-459.
- Kharaghani, R., Niroomand, S., & Safaei Nezhad, A. (2018). Prevalence of low birth weight and preterm birth and the influential factors in Zanjan, Iran (2014-2016). *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal*, *7*(4), 41-49.
- Klein, L. L., & Gibbs, R. S. (2005). Infection and preterm birth. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, *32*(3), 397-410.
- Kollmann, M., Gaulhofer, J., Lang, U., & Klaritsch, P. (2016). Placenta praevia: Incidence, risk factors and outcome. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, *29*(9), 1395-1398. doi: 10.3109/14767058.2015.1049152
- Kreko, E., Kola, E., Sadikaj, F., Dardha, B., & Tushe, E. (2019). Neonatal morbidity in late preterm infants associated with intrauterine growth restriction. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, *7*(21), 3592-3595.
doi: 10.3889/oamjms.2019.832

- Krstev, S., Marinković, J., Simić, S., Kocev, N., & Bondy, S. J. (2013). The influence of maternal smoking and exposure to residential ETS on pregnancy outcomes: A retrospective national study. *Maternal and Child Health Journal, 17*(9), 1591-1598.
- Lams, J. D., Romero, R., Culhane, J. F., & Goldenberg, R. L. (2008). Primary, secondary, and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. *The Lancet, 371*(9607), 164-175.
- Lee, J., & Neild, G. (2007). "Urinary tract infection". *Medicine, 35*(8), 423-428.
- Lee, K. A., Zaffke, M. E., & McEnany, G. (2000). Parity and sleep patterns during and after pregnancy. *Obstetrics & Gynecology, 95*(1), 14-18.
- Liabsuetrakul, T., Defever, K., Lawantrakul, J., Saeai, N., Peeyanjarassri, K., Cooper, M., & Islam, M. (2019). Evaluation of an epidemiological surveillance system for preterm birth and low birth weight in Southern Thailand. *Journal of Health Science and Medical Research, 37*(1), 5-15. doi: 10.31584/jhsmr.201933
- Lilliecreutz, C., Larén, J., Sydsjö, G., & Josefsson, A. (2016). Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. *BMC Pregnancy and Childbirth, 16*(1), 1-8.
- Liu, L. H., Cousens, S., Perin, J., Scott, S., Lawn, J., Ruden, I., Campbell, H., Cibulskis, R., Megyng, L. (2012). Global, regional and national causes of child mortality: And updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *The Lancet, 379*, 2151-2161.
- Lothian, J. A. (2008). The journey of becoming a mother. *The Journal of Perinatal Education, 17*(4), 43-47.
- MacKinnon, K. (2006). Living with the threat of preterm labor: Women's work of keeping the baby in. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 35*(6), 700-708.
- Maloni, J. A. (2011). Lack of evidence for prescription of antepartum bed rest. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology, 6*(4), 385-393.
- Margerison-Zilko, C., Cubbin, C., Jun, J., Marchi, K., Fingar, K., & Braveman, P. (2015). Beyond the cross-sectional: Neighborhood poverty histories and preterm birth. *American Journal of Public Health, 105*(6), 1174-1180.
- Martínez, C. H., Arifa, V., Subias, J. E., & Sans, J. C. A. (2012). Longitudinal study on the effects of maternal pacific. *Journal of Reproduction, 1*(3), 212-216.

- McIntosh, J., Feltovich, H., Berghella, V., & Manuck, T. (2016). The role of routine cervical length screening in selected high-and low-risk women for preterm birth prevention. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 215(3), B2-B7.
- Mehar, S. V., Singh, R., Agarwal, A., Agrawal, N., & Majethia, A. (2016). Relationship between gestational age and mode of delivery with neonatal septicemia. *International Journal of Contemporary Pediatrics*, 3(3), 891-895.
- Meis, P. J., Goldenberg, R. L., Mercer, B., Moawad, A., Das, A., & McNellis, D. (1995). The preterm prediction study: Significance of vaginal infections. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 173(4), 1231-1235.
- Moore, E., Blatt, K., Chen, A., Van Hook, J., & DeFranco, E. A. (2016). Relationship of trimester-specific smoking patterns and risk of preterm birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 215(1), 1-11.
- Natarajan, V. (2008) Urinary tract infection. *Surgery*, 26(5), 193-196.
- Niedhammer, I., O'Mahony, D., Daly, S., Morrison, J. J., & Kelleher, C. C. (2009) Occupational predictors of pregnancy outcomes in Irish working women in the lifeways cohort. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 116(7), 943-952.
- Nishihara, K., & Horiuchi, S. (1998). Changes in sleep patterns of young women from late pregnancy to postpartum: Relationships to their infants' movements. *Perceptual and Motor Skills*, 87(3), 1043-1056.
- Okun, M. L., Dunkel Schetter, C., & Glynn, L. M. (2011). Poor sleep quality is associated with preterm birth. *Sleep*, 34(11), 1493-1498.
- Padula, A. M., Huang, H., Baer, R. J., August, L. M., Jankowska, M. M., Jelliffe-Pawlowski, L. L., Sirota, M., & Woodruff, T. J. (2018). Environmental pollution and social factors as contributors to preterm birth in Fresno County. *Environmental Health*, 17(1), 1-21. doi: 10.1186/s12940-018-0414-x
- Pairman, S., & McAra-Couper, J. (2010). Theoretical framework for midwifery practice. In S. Pairman, S. K. Tracy, C. Thorogood, & J. Pincombe (Eds.), *Midwifery: Preparation for practice* (2nd ed., pp. 313-336). Chatswood: Libby Houston.

- Palmer, K. T., Bonzini, M., Harris, E. C., Linaker, C., & Bonde, J. P. (2013). Work activities and risk of prematurity, low birth weight and pre-eclampsia: An updated review with meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, *70*(4), 213-222.
- Palmer, L., & Carty, E. (2006). Deciding when it's labor: The experience of women who have received antepartum care at home for preterm labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *35*(4), 509-515.
- Parel, C. P., Caldito, G. C., Ferrer, P. L., De Guzman, G. G., Sinsioco, C. S., & Tan, R. H., (1973). *Papers on survey research methodology sampling design and procedures*. Philippines: Philippine Social Science Council.
- Partington, N., Steber, L., Blair, A., & Cisler, A. (2009). Second births to teenage mothers: Risk factors for low nirth eeight and preterm birth. *Perspective on Sexual and Productive Health*, *41*(2), 101-109.
- Pillitteri, A. (2010). Psychological and physical changes of pregnancy In A. Pillitteri (Ed.), *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (6th eds., pp. 890-893) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rafei, R. E., Abbas, H. A., Charafeddine, L., Nakad, P., Bizri, A. A., Hamod, D., & Yunis, K. A. (2016). Association of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain with preterm births and fetal size: An observational study from Lebanon. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, *30*(1), 38-45.
- Rochefort-Beaudoin, C. (2019). 145 Preterm infants with minor congenital anomalies: Additional risk for neonatal complications. *Paediatrics & Child Health*, *24*(2), e58-e58. doi: 10.1093/pch/pxz066.144
- Ruiz, M., Goldblatt, P., Morrison, J., Kukla, L., Švancara, J., Riitta-Järvelin, M., (2015). Mother's education and the risk of preterm and small for gestational age birth: A drivers meta-analysis of 12 European cohorts. *Journal of Epidemiol Community Health*, *69*(9), 826-33.
- Samuels, N., Van de Graaf, R. A., De Jonge, R. C. J., Reiss, I. K. M., & Vermeulen, M. J. (2017). Risk factors for necrotizing enterocolitis in neonates: A systematic review of prognostic studies. *BMC Pediatrics*, *17*(1), 1-9.

- Santiago, J. R., Nolleto, M. S., Kinzler, W., & Santiago, T. V. (2001). Sleep and sleep disorders in pregnancy. *Annals of Internal Medicine*, *134*(5), 396-408.
- Schieve, L. A., Tian, L. H., Rankin, K., Kogan, M. D., Yeargin-Allsopp, M., Visser, S., & Rosenberg, D. (2016). Population impact of preterm birth and low birth weight on developmental disabilities in US children. *Annals of Epidemiology*, *26*(4), 267-274.
- Sheerin, N. S. (2011). Urinary tract infection. *Medicine*, *39*(7), 384-389.
- Siakwa, M., Dpidpitse, D., Azanu, W., John, M. E., Doe, P. F., Ebu, N. I., & Honson-Owoo, E. (2016). Maternal and perinatal outcomes among pregnant women with urinary tract infections. *International Journal of Current Research*, *8*(6), 33366-33371.
- Simmons, L. E., Rubens, C. E., Darmstadt, G. L., & Gravett, M. G. (2010). Exploring the epidemiology, causes, and interventions. *Seminars in Perinatology, Preventing Preterm Birth and Neonatal Mortality*, *34*(6), 408-415.
- Simpson, K. R., & Creehan, P. A. (2008). *Perinatal nursing*. (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Slattery, M. M., Geary, M., & Morrison, J. J. (2008). Obstetric antecedents of preterm delivery. *Journal of Perinatal Medicine*, *4*(36), 306-309.
- Snyder Halpern, R., & Verran, J. A. (1987). Instrumentation to describe subjective sleep characteristics in healthy subjects. *Research in Nursing & Health*, *10*(3), 155-163.
- Strange, L. B., Parker, K. P., Moore, M. L., Strickland, O. L., & Bliwise, D. L. (2009). Disturbed sleep and preterm birth: A potential relationship. *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology*, *36*(4), 166-168.
- Strouse, C., Perez-Cuevas, R., Lahiff, M., Walsh, J., & Guendelman, S. (2016). Mexico's seguro popular appears to have helped reduce the risk of preterm delivery among women with low education. *Health Affairs*, *35*(1), 80-87.
- Stylianou-Riga, P., Kouis, P., Kinni, P., Rigas, A., Papadouri, T., Yiallouros, P. K., & Theodorou, M. (2018). Maternal socioeconomic factors and the risk of premature birth and low birth weight in Cyprus: A case-control study. *Reproductive Health*, *15*(1), 1-8.

- Trumello, C., Candelori, C., Cofini, M., Cimino, S., Cerniglia, L., Paciello, M., & Babore, A. (2018). Mothers' depression, anxiety, and mental representations after preterm birth: A study during the infant's hospitalization in a neonatal intensive care unit. *Frontiers in Public Health, 6*, 1-9.
- Varma, R., Gupta, J. K., James, D. K., & Kilby, M. D. (2006). Do screening-preventative interventions in asymptomatic pregnancies reduce the risk of preterm delivery- a critical appraisal of the literature. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 127*(2), 145-159.
- Vink, J., & Feltoich, H. (2016). Cervical etiology of spontaneous preterm birth. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine, 21*(2), 106-112.
- Wagura, P., Wasunna, A., Laving, A., & Wamalwa, D. (2018). Prevalence and factors associated with preterm birth at kenyatta national hospital. *BMC Pregnancy and childbirth, 18*(1), 1-8. doi: 10.1186/s12884-018-1740-2
- Weightman, A. L., Morgan, H. E., Shepherd, M. A., Kitcher, H., Roberts, C., & Dunstan, F. D. (2012). Social inequality and infant health in the UK: Systematic review and meta-analyses. *BMJ Open, 2*(3), e000964.
- World Health Organization [WHO]. (2012). *Early marriages, adolescent and young pregnant 2012*. Retrieved from http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/.../A65_13-en.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2018 a). *Preterm birth*. Retrieved from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- World Health Organization [WHO]. (2018 b). *Global preterm birth estimates*. Retrieved from <http://ptb.srhr.org/>
- Wood, D. (2016). *Family poverty and its impact on children and youth*. Retrieved from <http://www.stopyouthsuicide.com/wp-content/uploads/conference-archives/2016/Wood-Family-Poverty-and-Disavantage.pdf>
- Yuan, W., Duffner, A. M., Chen, L., Hunt, L. P., Sellers, S. M., & Bernal, A. L. (2010). Analysis of preterm deliveries below 35 weeks' gestation in a tertiary referral hospital in the UK. *BMC Research Notes, 3*(1), 119.

Zerfu, T. A., Umeta, M., & Baye, K. (2016). Dietary diversity during pregnancy is associated with reduced risk of maternal anemia, preterm delivery, and low birth weight in a prospective cohort study in rural Ethiopia. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *103*(6), 1482-1488.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์

วันให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวจิรัชยา หนูสิงห์)

-2-

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟังจนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วแม่่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวจิรัชยา หนูสิงห์)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม (เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง.....)

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/
ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวจิรัชยา หนูสิงห์)



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์

รหัสจริยธรรมการวิจัย 04-11-2562

ชื่อผู้วิจัย นางสาวจิรัชยา หนูสิงห์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดำเนินชีวิต ได้แก่ จำนวนชั่วโมงการทำงาน/ สัปดาห์ การยืนนาน คุณภาพของการนอนหลับ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสัมผัสสบู่หรือมือสองกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบสอบถามให้ตรงตามความเป็นจริงด้วยตัวเอง โดยแบบสอบถามจะมีจำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการตั้งครรภ์ 2) แบบสอบถามข้อมูลการทำงาน 3) แบบสอบถามการสัมผัสสบู่หรือมือสอง 4) แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ และ 5) แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 15 นาที

การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่ข้อมูลดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ในการนำมาคัดกรองหรือจำแนกหญิงตั้งครรภ์ที่มีเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดวางแผนให้บริการการฝากครรภ์ที่เหมาะสม ตลอดจนให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระหนาบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่านโดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็น

กระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในผู้เก็บเอกสารและสื่อคฤณแจ ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมด จะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัย จะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร เรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวจิรัชยา หนูสิงห์ หมายเลขโทรศัพท์ 095-1569915 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 089-6780615

นางสาวจิรัชยา หนูสิงห์
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตและปัจจัยด้าน
สิ่งแวดล้อมกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้ใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตกับปัจจัย
ด้านสิ่งแวดล้อม กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ แบบสอบถาม ประกอบด้วย
ข้อมูล 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลการทำงาน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสัมผัสบุหรี่มือสอง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

แบบสอบถาม

เลขที่.....

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน และเติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ.....ปี.....เดือน
2. ระดับการศึกษา

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการศึกษา | <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา |
| <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา | <input type="checkbox"/> อนุปริญญา |
| <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)..... |
3. อาชีพ

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> แม่บ้าน | <input type="checkbox"/> ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ |
| <input type="checkbox"/> ค้าขาย | <input type="checkbox"/> บริษัทเอกชน |
| <input type="checkbox"/> งานโรงงาน | <input type="checkbox"/> ใช้แรงงาน/ ก่อสร้าง |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)..... | |
4. สถานภาพสมรส

| | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> อยู่ด้วยกัน | <input type="checkbox"/> หย่าร้าง |
| <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่ | <input type="checkbox"/> หม้าย (สามีเสียชีวิต) |
5.
6.
7.

ข้อมูลการตั้งครรภ์

1. ลำดับครรภ์ที่.....อายุครรภ์.....สัปดาห์
2. วันกำหนดคลอด.....
3. จำนวนบุตรปัจจุบัน.....คน
4.

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลการทำงาน

1. ในระหว่างการตั้งครรภ์ ท่านทำงานหรือไม่

- ไม่ได้ทำ (ข้ามไปตอบข้อ 5 และข้อ 6) ทำงานตลอดการตั้งครรภ์

(ให้ตอบข้อ 2-6)

ทำงานในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ และหยุดทำงานเมื่ออายุครรภ์.....สัปดาห์
หรือเดือน (ให้ตอบข้อ 2-6)

2.

3.

4.

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสัมผัสบุหรี่มือสอง

1. ในครอบครัวของท่านมีคนสูบบุหรี่หรือไม่

- ไม่มี
 มี ระบุบุคคลที่สูบบุหรี่.....

2.

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ท่านมักเข้านอนเวลา.....น.

2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านต้องใช้เวลานานประมาณเท่าไร ตั้งแต่เข้านอน
จนหลับไป.....นาที

3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ปกติท่านลุกจากที่นอนเวลาประมาณ.....น.

4.

5.

6.

คำชี้แจง แบบสอบถามถึงความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับ สาเหตุของการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน 4 ระดับท่านสามารถเลือกตอบได้เพียงข้อเดียวให้ท่านทำเครื่องหมาย✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นตามข้อความที่กำหนดให้ ซึ่งแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

ระดับคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีปัญหาเลย

ระดับคะแนน 1 หมายถึง มีปัญหาน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์

ระดับคะแนน 2 หมายถึง มีปัญหา 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

ระดับคะแนน 3 หมายถึง มีปัญหา 3 ครั้ง หรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

| ข้อความ | ไม่มี ปัญหา เลย | น้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อ สัปดาห์ | 1-2 ครั้ง ต่อ สัปดาห์ | 3 ครั้ง หรือ มากกว่า 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ |
|--|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--|
| | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับเนื่องจากสาเหตุเหล่านี้ บ่อยเพียงใด | | | | |
| 9.1 นอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที | | | | |
| 9.2 | | | | |
| 9.3 | | | | |
| 9.4 | | | | |
| 9.5 | | | | |

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านในระหว่างที่ท่านตั้งครรภ์
มากที่สุด

โดยมีเกณฑ์ในการเลือกคำตอบดังนี้

| | |
|--------------------|---|
| ไม่เคยปฏิบัติ | หมายถึง ท่านไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลยใน 1 สัปดาห์ หรือ 1 เดือน |
| ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง | หมายถึง ท่านทำกิจกรรม 1-2 วันใน 1 สัปดาห์ หรือ 1 เดือน |
| ปฏิบัติบางครั้ง | หมายถึง ท่านทำกิจกรรม 3-4 วันต่อสัปดาห์ |
| ปฏิบัติส่วนใหญ่ | หมายถึง ท่านทำกิจกรรม 5-6 วันต่อสัปดาห์ |
| ปฏิบัติเป็นประจำ | หมายถึง ท่านทำกิจกรรมเป็นประจำทุกวัน |

| พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ | ไม่เคยปฏิบัติ (1) | ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (2) | ปฏิบัติบางครั้ง (3) | ปฏิบัติส่วนใหญ่ (4) | ปฏิบัติเป็นประจำ (5) |
|---|-------------------|------------------------|---------------------|---------------------|----------------------|
| พฤติกรรมดูแลตนเองทั่วไป | | | | | |
| 1. ฉันทดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว | | | | | |
| 2. ฉันทรับประทานอาหารมื้อหลักที่หลากหลายและมีประโยชน์ครบ 5 หมู่ | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| พฤติกรรมสุขอนามัยทั่วไป | | | | | |
| 5. ฉันทใส่กางเกงในที่ทําด้วยผ้าที่ระบายอากาศได้ดี ไม่อับชื้น | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |
| 9. | | | | | |
| 10. | | | | | |

แบบบันทึกข้อมูลของผู้วิจัย

ลำดับที่.....

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล.....

GP.....GA.....wk

ส่วนสูง =cm. น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ =kg. น้ำหนักปัจจุบัน =kg.

BMI = น้ำหนักเพิ่ม =kg.

ผลการตรวจภายในเมื่อแรกรับ eff. =dil. =sta. =membran.....

ส่วนน้ำ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hb =(วันที่ตรวจ.....)

Hct =(วันที่ตรวจ.....)

Lab อื่น ๆ ระบุ.....

ประวัติการเจ็บครรภ์คลอดในการตั้งครรภ์ครั้งนี้

ไม่มี

มี เมื่ออายุครรภ์.....wk

การรักษาที่เคยได้รับ.....

การรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับในครั้งนี้

Sedative treatment ด้วย.....

adalat

bricanyl

ผลลัพธ์การรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ยับยั้งการเจ็บครรภ์ได้ ยับยั้งไม่ได้ เนื่องจาก.....

วันที่คลอด.....อายุครรภ์เมื่อคลอด.....ชนิดการ

คลอด.....น้ำหนักทารกแรกเกิด.....Apgar score

นาที่ที่ 1.....นาที่ที่ 5.....

ความผิดปกติของทารกแรกเกิด

ไม่มี

มี ระบุ.....

ภาวะแทรกซ้อนเมื่อคลอด

ไม่มี

มี ระบุ.....

ภาคผนวก ค

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์

Relationships between Lifestyle Factor and Social Factors and Preterm Labor Pain among Pregnant Women

ชื่อนิติ นางสาวจิรัชชา หนูสิงห์

รหัสประจำตัวนิติ 58920063

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 04 - 11 - 2562

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และครบกำหนด จำนวนทั้งหมด

ไม่เกิน 216 ราย และกลุ่มตัวอย่างสำหรับ Try out จำนวน 20 ราย รวม 236 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ห้องคลอด

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2563

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 16 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2562

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ที่ อว ๘๑๐๖/๐๐๗๕



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๓

๒๒ มกราคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย และเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวจิรัชยา หนูสิงห์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทิศ ศิริอรุณรัตน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ในการนี้คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและครบกำหนด ที่รับไว้ในห้องคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยขอเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

๑. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย ณ ห้องคลอด จำนวน ๓๐ ราย ระหว่างวันที่ ๒๔ - ๓๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓
๒. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย ณ หน่วยห้องคลอด จำนวน ๗๐ ราย ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ - ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓
๓. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย ณ หน่วยหลังคลอด จำนวน ๗๐ ราย ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ - ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๘๗๕

โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๙๕-๑๕๖-๙๙๑๕

ที่ อว ๘๑๐๖/๐๐๘๓



| |
|--|
| โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา |
| เลขรับที่ (นอก) 1457/63 |
| วันที่ 18 ก.พ. 2563 |
| เวลา 11.47 |

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๖๙ มกราคม ๒๕๖๓

วิจัยรับ 82/2563

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิทยานิพนธ์เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวจิรัชยา หนูสิงห์ รหัสประจำตัว ๕๘๙๒๐๐๖๓ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และประสงค์จะเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

ทั้งนี้ โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาคุณค่าความถูกต้อง และประโยชน์ (Relevant and Scientific Merit) เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรม โดยกลไกที่เกี่ยวข้องของระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการให้ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

19 กพ 63

คณบดีสมเกียรติ บวรเดริมิไท)

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)
โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๘๓๖, ๑๐๒๘๐๘
โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๔๗๖
ผู้วิจัย ๐๙-๕๑๕๖-๙๙๑๕

| | |
|--|---------------|
| โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา | |
| เลขรับที่ (นอก) | 1757/63 (ตอ) |
| วันที่ | ๕.4 ส.ค. 2563 |
| เวลา | 14.51 น. |

เรียน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัย เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์”

สิ่งที่ส่งมาด้วย

- | | |
|--|-------------|
| 1. โครงร่างการวิจัย | จำนวน 1 ชุด |
| 2. บันทึกข้อตกลงการทำวิจัยในโรงพยาบาล | จำนวน 1 ชุด |
| 3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | จำนวน 1 ชุด |
| 4. ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย | จำนวน 1 ชุด |
| 5. เครื่องมือการเก็บข้อมูล | จำนวน 1 ชุด |
| 6. แบบฟอร์มการแสดงความยินยอมการเป็นผู้ประสานงานโครงการ | จำนวน 1 ชุด |

ด้วยนางสาวจิรัชยา หนูสิงห์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีความประสงค์จะขอดำเนินโครงการวิจัย เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดำเนินชีวิต ได้แก่ จำนวนชั่วโมงการทำงาน/สัปดาห์ การยืนนาน คุณภาพของการนอนหลับ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและครบกำหนด ที่เข้ารับบริการที่ห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โดยการแจกแบบสอบถาม ช่วงเดือนมีนาคม – เมษายน 2563

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาอนุมัติโครงการวิจัย

กนิเฟศ รุ่ง)

(นางวันเพ็ญ สุขสง)

เลขานุการคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่ ๒ มีนาคม พ.ศ. 2563

ผู้ติดตาม

info@yod



๕
กสค63

ขอเสนอโครงการวิจัย

อนุมัติ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไศกณ นภาร)

๕ 9 ส.ค. 2563


| ลำดับ | ชื่อ - นามสกุล | ตำแหน่ง | ลายมือชื่อ | ผลการพิจารณา | |
|-------|--------------------------|-------------------------|---|-------------------------------------|--|
| | | | | อนุมัติ (โดยไม่มีเงื่อนไข) | อนุมัติ (โดยมีเงื่อนไขให้ปรับปรุงแก้ไข) |
| 1 | นพ.สมเกียรติ บวรเสรีมไทย | ประธานกรรมการ |  | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 2 | นพ.วันชัย นัยรักษ์เสรี | รองประธาน | - | | |
| 3 | นพ.คมวุฒิ คนฉลาด | กรรมการ | - | | |
| 4 | นางสายทิพย์ อานโพธิ์ทอง | กรรมการ | - | | |
| 5 | ดร.ชื่นฤทัย ยี่เขียน | กรรมการ | - | | |
| 6 | นส.ศรวิไล ตระกูลเกษมสิริ | กรรมการ |  | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 7 | นส.ทิพวรรณ วงเวียน | กรรมการ | - | | |
| 8 | นางปัทมา เจริญลาภานกุล | กรรมการ | - | | |
| 9 | นางกาญจนา รุจิพูนพงศ์ | กรรมการ | - | | |
| 10 | นางวันเพ็ญ สุขสง | กรรมการและ เลขานุการ |  | <input checked="" type="checkbox"/> | |

เรียน ท่านผู้อำนวยการ ฯ

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยมีมติเห็นชอบดังนี้

- () อนุมัติ (โดยไม่มีเงื่อนไข)
 () อนุมัติโดยมีเงื่อนไข ให้ปรับปรุงแก้ไข

ดังนั้นจึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ท่านผู้อำนวยการโปรดลงนามในหนังสือรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมสำหรับงานวิจัยที่ได้แนบมาพร้อมนี้

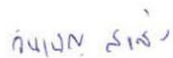
.....

 (นายแพทย์สมเกียรติ บวรเสรีมไทย)
 ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
 วันที่ 5 มีค. พ.ศ. 2563

เรียน ผู้จัดการศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาการวิจัย

เนื่องด้วยนางสาวจิรัชยา หนูสิงห์ นิสิต

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
ผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์
ระหว่างปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตและปัจจัยด้าน
สิ่งแวดล้อมกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดใน
หญิงตั้งครรภ์” เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2563 ศึกษาใน
หญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและ
ครบกำหนด ที่เข้ารับบริการที่ห้องคลอด
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
ทำการเก็บข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถาม ในช่วง
เดือนมีนาคม – เมษายน 2563 จำนวน 186 ราย
จึงขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย
จากฝ่ายการพยาบาล

เรียนมาเพื่อพิจารณา



(นางวันเพ็ญ สุขสง)

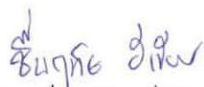
ผู้อำนวยการพิเศษ พยาบาล 7

12 มีนาคม 2563

เรียน หัวหน้าพยาบาล 

เพื่อขอความร่วมมือให้นางสาวจิรัชยา
หนูสิงห์ เข้าดำเนินการเก็บข้อมูลตามวันและเวลา
ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา



(ดร.สุนททัย ยี่เขียน)

ผู้จัดการศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาการวิจัย

12 มีนาคม 2563

ฉบับที่ 002/2563



หนังสือรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

1. ชื่อโครงการวิจัย: ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์
2. ผู้วิจัยหลัก: นางสาวจิรัชยา หนูสิงห์
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้
 - () อนุมัติ (โดยไม่มีเงื่อนไข)
 - () อนุมัติโดยมีเงื่อนไข ให้ปรับปรุงแก้ไข
 - () รอกการพิจารณาหรือยังไม่พิจารณา
 - () ไม่อนุมัติ
4. วันที่ให้การรับรอง : 09 มี.ค. 2563

ลงนาม.....

(นายแพทย์สมเกียรติ บวรเสรีฟไท)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไศภณ นภาธร)

ผู้ช่วยเลขาธิการสภากาชาดไทย และ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา



COA No. 462/2020

IRB No. 134/63

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493

Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : RELATIONSHIPS BETWEEN LIFTYLE AND ENVIRONMENT FACTORS
PREMATURE LABOR PAIN AMONG PREGNANT WOMEN

Study Code : -

Principal Investigator : Miss Jiratchaya Noosing

Affiliation of PI : Faculty of Nursing, Burapha University.

Review Method : Expedited

Continuing Report : At least once annually or submit the final report if finished.

Document Reviewed :

1. Research Proposal Version 2 Date 20/03/20
2. Protocol Synopsis Version 1 Date 07/2/2020
3. Information sheet for research participant Version 2 Date 20/3/20
4. Informed consent for participating volunteers Version 2 Date 20/3/20
5. Data collection tools Version 1 Date 7/2/2020

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



6. Curriculum Vitae and GCP Training

- Miss Jiratchaya Noosing
- Asst.Prof. Supit Siriarunrat, Ph.D.

Signature
 (Assistant Professor Apichai Vasuratna MD)
 Vice-Chairman, Acting Chairman
 The Institutional Review Board

Signature
 (Assistant Professor Thananya Thongtan, PhD.)
 Member and Assistant Secretary, Acting Secretary
 The Institutional Review Board

Date of Approval : April 15, 2020
 Approval Expire Date : April 14, 2021

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



COA No. 462/2020

IRB No. 134/63

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการดำเนินชีวิต และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวจิรัชยา หนูสิงห์

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

วิธีทบทวน : แบบเร่งด่วน

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

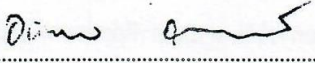
1. โครงร่างการวิจัย Version 2 Date 20/03/63
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1 Date 07/2/2563
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2 Date 20/3/63
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 2 Date 20/3/63
5. เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล Version 1 Date 7/2/2563

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



6. Curriculum Vitae and GCP Training

- Miss Jiratchaya Noosing
- Asst.Prof. Supit Siriarunrat, Ph.D.

ลงนาม 

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ อภิชีัย วสุรัตน์)

รองประธานปฏิบัติหน้าที่แทนประธาน
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : 15 เมษายน 2563

วันหมดอายุ : 14 เมษายน 2564

ลงนาม 

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธัญญา ทองตัน)

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทน
เลขานุการคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ง
การวิเคราะห์ข้อมูลและตาราง

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์

| ข้อมูลส่วนบุคคล | กลุ่มเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด (n = 80) | | กลุ่มเจ็บครรภ์ คลอดครบกำหนด (n = 80) | | รวม (n = 160) | |
|---------------------------------------|---|--------|--|--------|------------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| | อายุ (ปี) | | | | | |
| < 20 ปี | 3 | 3.75 | 7 | 8.75 | 10 | 6.24 |
| 20-35 ปี | 61 | 76.25 | 62 | 77.50 | 123 | 76.88 |
| > 35 ปี | 16 | 20.00 | 11 | 13.75 | 27 | 16.88 |
| ระดับการศึกษา | | | | | | |
| ไม่ได้เรียน | 0 | 0.00 | 3 | 3.75 | 3 | 1.87 |
| ประถมศึกษา | 4 | 5.00 | 6 | 7.50 | 10 | 6.25 |
| มัธยมศึกษา | 34 | 42.50 | 37 | 46.25 | 71 | 44.38 |
| ปวช/อนุปริญญา | 5 | 6.25 | 11 | 13.75 | 16 | 10 |
| ปริญญาตรี | 34 | 42.50 | 23 | 28.75 | 57 | 35.63 |
| ปริญญาโทขึ้นไป | 3 | 3.75 | 0 | 0.00 | 3 | 1.87 |
| อาชีพ | | | | | | |
| ไม่ได้ประกอบ | 18 | 22.50 | 17 | 21.25 | 35 | 21.87 |
| อาชีพ | | | | | | |
| ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ พนักงาน | 30 | 37.50 | 22 | 27.50 | 52 | 32.50 |
| บริษัทเอกชน | | | | | | |
| ค้าขาย/ธุรกิจ | 18 | 22.50 | 21 | 26.25 | 39 | 24.38 |
| ส่วนตัว | | | | | | |
| ทำงานโรงงาน/ รับจ้างทั่วไป | 14 | 17.50 | 20 | 25.00 | 34 | 21.25 |

ตารางที่ 10 (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | กลุ่มเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด (n = 80) | | กลุ่มเจ็บครรภ์ คลอดครบกำหนด (n = 80) | | รวม (n = 160) | |
|----------------------------|---|--------|--|--------|------------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| | สถานภาพสมรส | | | | | |
| อยู่ด้วยกัน | 76 | 95.00 | 77 | 96.25 | 153 | 95.62 |
| แยกกันอยู่กัน/ หย่าร้าง | 4 | 5.00 | 3 | 3.75 | 7 | 4.38 |
| ลักษณะครอบครัว | | | | | | |
| ครอบครัวเดี่ยว | 48 | 60.00 | 39 | 48.80 | 87 | 54.37 |
| ครอบครัวขยาย | 32 | 40.00 | 41 | 51.20 | 73 | 45.63 |
| รายได้ของครอบครัว | | | | | | |
| ต่อเดือน | | | | | | |
| ต่ำกว่า 20,000 บาท | 23 | 28.75 | 36 | 45.00 | 59 | 36.88 |
| 20,001-40,000 บาท | 26 | 32.25 | 27 | 33.75 | 53 | 33.12 |
| ≥ 40,001 บาท | 31 | 38.75 | 17 | 21.25 | 48 | 30.00 |
| ความเพียงพอของ รายได้ | | | | | | |
| เพียงพอ | 57 | 71.30 | 54 | 67.50 | 111 | 69.37 |
| ไม่เพียงพอ | 23 | 28.70 | 26 | 32.50 | 49 | 30.63 |

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามข้อมูลการตั้งครรภ์

| ข้อมูลการตั้งครรภ์ | กลุ่มเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด (n = 80) | | กลุ่มเจ็บครรภ์ คลอดครบกำหนด (n = 80) | | รวม (n = 160) | |
|---|---|--------|--|-------|------------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | จำนวน | จำนวน | ร้อยละ |
| | จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ | | | | | |
| ครรภ์ที่ 1 | 40 | 50.00 | 30 | 37.50 | 70 | 43.75 |
| ครรภ์ที่ 2 | 22 | 27.50 | 31 | 38.75 | 53 | 33.12 |
| ครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป | 18 | 22.50 | 19 | 23.75 | 37 | 23.13 |
| ประวัติการแท้งบุตร | | | | | | |
| ไม่มี | 74 | 92.50 | 70 | 87.50 | 144 | 90.00 |
| 1 คน | 3 | 3.75 | 9 | 11.25 | 12 | 7.50 |
| 2 คน | 3 | 3.75 | 1 | 1.25 | 4 | 2.50 |
| ประวัติการคลอดก่อนกำหนด | | | | | | |
| ไม่มี | 63 | 78.75 | 75 | 93.75 | 138 | 86.25 |
| 1 คน | 13 | 16.25 | 5 | 6.25 | 18 | 11.25 |
| 2 คน | 4 | 5.00 | 0 | 0.00 | 4 | 2.50 |
| ค่าฮีโมโกลบินขณะตั้งครรภ์ | | | | | | |
| ≥ 11 กรัมต่อเดซิลิตร (gn/ dl) | 65 | 81.25 | 68 | 85.00 | 133 | 83.12 |
| < 11 กรัมต่อเดซิลิตร (gn/ dl) | 15 | 18.75 | 12 | 15.00 | 27 | 16.88 |
| ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ | | | | | | |
| น้อยกว่าปกติ (< 18.5 kg/ m ²) | 18 | 22.50 | 10 | 12.50 | 28 | 17.50 |
| ปกติ (18.5-22.9 kg/ m ²) | 38 | 47.50 | 34 | 42.50 | 72 | 45.00 |
| มากกว่าปกติ (≥ 23 kg/ m ²) | 24 | 30.00 | 36 | 45.00 | 60 | 37.50 |
| การเพิ่มของน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ | | | | | | |
| ต่ำกว่าเกณฑ์ | 12 | 15.00 | 7 | 8.75 | 19 | 11.88 |
| ตามเกณฑ์ | 33 | 41.25 | 41 | 51.25 | 74 | 46.25 |
| มากกว่าเกณฑ์ | 35 | 43.75 | 32 | 40.00 | 67 | 41.87 |

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของข้อมูลการทำงาน

| การทำงาน | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอด | | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอด | | รวม | |
|-----------------------|------------------------|--------|-----------------------|--------|-------------|--------|
| | ก่อนกำหนด ($n = 80$) | | ครบกำหนด ($n = 80$) | | $(n = 160)$ | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| การทำงาน | | | | | | |
| ไม่ได้ทำงาน | 23 | 28.75 | 25 | 31.25 | 48 | 30.00 |
| ทำงานช่วงแรก และ | 16 | 20.00 | 20 | 25.00 | 36 | 22.50 |
| หยุดเมื่อ GA เพิ่ม | | | | | | |
| ทำงานตลอดการ | 41 | 51.25 | 35 | 43.75 | 76 | 47.50 |
| ตั้งครรภ์ | | | | | | |
| ลักษณะงาน | | | | | | |
| งานที่นั่งโต๊ะ | 41 | 50.90 | 42 | 52.70 | 83 | 51.88 |
| งานที่ต้องเดินหรือยืน | 29 | 36.80 | 31 | 38.20 | 60 | 37.50 |
| งานที่ออกแรง | 10 | 12.30 | 7 | 9.10 | 17 | 10.62 |
| จำนวนชั่วโมงในการ | | | | | | |
| ทำงานต่อสัปดาห์ | | | | | | |
| ไม่ทำงาน | 23 | 28.75 | 25 | 31.25 | 48 | 30.00 |
| ≤ 40 ชั่วโมง | 25 | 31.25 | 21 | 26.25 | 46 | 28.75 |
| > 40 ชั่วโมง | 32 | 40.00 | 34 | 42.50 | 66 | 41.25 |
| การยืนติดต่อกันเป็น | | | | | | |
| เวลานาน | | | | | | |
| ไม่เคย | 30 | 37.50 | 23 | 28.70 | 53 | 33.12 |
| เคยเป็นบางครั้ง | 44 | 55.00 | 44 | 55.00 | 88 | 55.00 |
| เป็นประจำ | 6 | 7.50 | 13 | 16.30 | 19 | 11.88 |

ตารางที่ 12 (ต่อ)

| การทำงาน | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อน | | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอด | | รวม | |
|--------------------|------------------------|--------|-----------------------|--------|-------------|--------|
| | กำหนด ($n = 80$) | | ครบกำหนด ($n = 80$) | | $(n = 160)$ | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ระยะเวลาการขึ้นนาน | | | | | | |
| ≤ 4 ชั่วโมง | 71 | 88.75 | 76 | 95.00 | 147 | 91.88 |
| > 4 ชั่วโมง | 9 | 11.25 | 4 | 5.00 | 13 | 81.12 |

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ ของการสัมผัสสุบหรือมือสองของกลุ่มตัวอย่าง

| การสัมผัสสุบหรือมือสอง | กลุ่มเจ็บครรภ์ | | กลุ่มเจ็บครรภ์ | | รวม | |
|--------------------------------|----------------|--------|----------------|--------|-------------|--------|
| | คลอด | | คลอด | | $(n = 160)$ | |
| | ก่อนกำหนด | | ครบกำหนด | | | |
| | $(n = 80)$ | | $(n = 80)$ | | | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว | | | | | | |
| ไม่มี | 49 | 61.25 | 40 | 50.00 | 89 | 55.62 |
| มี | 31 | 38.75 | 40 | 50.00 | 71 | 44.38 |
| สามีสูบบุหรี่ | | | | | | |
| ไม่สูบ | 53 | 66.25 | 47 | 58.75 | 100 | 62.50 |
| สูบ | 27 | 33.75 | 33 | 41.25 | 60 | 37.50 |
| การสัมผัสสุบหรือ | | | | | | |
| ไม่เคยสัมผัส | 10 | 12.50 | 13 | 16.25 | 23 | 14.37 |
| สัมผัสน้อยครั้ง | 35 | 43.75 | 34 | 42.50 | 69 | 43.12 |
| สัมผัสบ้างเป็นบางครั้ง | 30 | 37.50 | 24 | 30.00 | 54 | 33.75 |
| สัมผัสเป็นประจำ | 5 | 6.25 | 9 | 11.25 | 14 | 8.75 |

ตารางที่ 14 จำนวน ร้อยละ ของคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง

| คุณภาพการนอนหลับ | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด (n = 80) | | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอด ครบกำหนด (n = 80) | | รวม (n = 160) | |
|--|---|--------|--|--------|------------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| | คุณภาพการนอนหลับ โดยรวม | | | | | |
| ดี (0-5 คะแนน) | 32 | 40.00 | 34 | 42.50 | 66 | 41.25 |
| ไม่ดี (6-21 คะแนน) | 48 | 60.00 | 46 | 57.50 | 94 | 58.75 |
| องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการนอนหลับเชิง อัตนัย | | | | | | |
| ดีมาก | 3 | 3.75 | 15 | 18.75 | 18 | 11.25 |
| ดี | 47 | 58.75 | 37 | 46.25 | 84 | 52.50 |
| ไม่ค่อยดี | 29 | 36.25 | 28 | 35.00 | 57 | 35.63 |
| ไม่ดีเลย | 1 | 1.25 | 0 | 0.00 | 1 | 0.62 |
| องค์ประกอบที่ 2 การ นอนไม่หลับหลังจากเข้า นอน | | | | | | |
| ไม่มีปัญหา | 14 | 17.50 | 11 | 13.75 | 25 | 15.63 |
| มีปัญหาเล็กน้อย | 44 | 55.00 | 37 | 46.25 | 81 | 50.63 |
| มีปัญหาพอสมควร | 19 | 23.75 | 24 | 30.00 | 43 | 26.88 |
| มีปัญหามาก | 3 | 3.75 | 8 | 10.00 | 11 | 6.86 |
| องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลาของการนอน หลับในแต่ละคืน | | | | | | |
| >7 ชั่วโมง นาที | 49 | 61.25 | 52 | 65.00 | 101 | 63.12 |
| > 6-7 ชั่วโมง | 13 | 16.25 | 11 | 13.75 | 24 | 15.00 |

ตารางที่ 14 (ต่อ)

| คุณภาพการนอนหลับ | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด (n = 80) | | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอด ครบกำหนด (n = 80) | | รวม (n = 160) | |
|--|---|--------|--|--------|------------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| | 5-6 ชั่วโมง | 16 | 20.00 | 16 | 20.00 | 32 |
| < 5 ชั่วโมง | 2 | 2.50 | 1 | 1.25 | 3 | 1.88 |
| องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพการนอน โดยปกติวิสัย | | | | | | |
| ดีมาก (\geq ร้อยละ 85) | 66 | 82.50 | 53 | 66.25 | 119 | 74.36 |
| ดี (ร้อยละ 75-84) | 8 | 10.00 | 11 | 13.75 | 19 | 11.88 |
| ไม่ค่อยดี (ร้อยละ 65-74) | 4 | 5.00 | 7 | 8.75 | 11 | 6.88 |
| ไม่ดีเลย (< ร้อยละ 65) | 2 | 2.50 | 9 | 11.25 | 11 | 6.88 |
| องค์ประกอบที่ 5 การ รบกวนการนอนหลับ | | | | | | |
| ไม่มีปัญหา | 1 | 0.50 | 1 | 1.25 | 2 | 1.25 |
| มีปัญหาเล็กน้อย | 23 | 14.80 | 34 | 42.50 | 57 | 35.62 |
| มีปัญหาพอสมควร | 53 | 66.25 | 41 | 51.25 | 94 | 58.75 |
| มีปัญหาหนัก | 3 | 3.75 | 4 | 5.00 | 7 | 4.38 |
| องค์ประกอบที่ 6 การใช้เวลา นอนหลับ | | | | | | |
| ไม่เคยใช้ | 79 | 98.75 | 79 | 98.75 | 158 | 98.76 |
| เคยใช้ < 1 ครั้ง/ สัปดาห์ | 1 | 1.25 | 0 | 0.00 | 1 | 0.62 |
| เคยใช้ \geq 3 ครั้ง/ สัปดาห์ | 0 | 0.00 | 1 | 1.25 | 1 | 0.62 |

ตารางที่ 14 (ต่อ)

| คุณภาพการนอนหลับ | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอด | | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอด | | รวม | |
|----------------------|--------------------|--------|--------------------|--------|-----------|--------|
| | ก่อนกำหนด | | ครบกำหนด | | (n = 160) | |
| | (n = 80) | | (n = 80) | | | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| องค์ประกอบที่ 7 | | | | | | |
| ผลกระทบต่อการทำ | | | | | | |
| กิจกรรมในเวลากลางวัน | | | | | | |
| ไม่มีผลกระทบ | 11 | 13.75 | 20 | 25.00 | 31 | 19.37 |
| มีผลกระทบเล็กน้อย | 27 | 33.75 | 35 | 43.75 | 62 | 38.75 |
| มีผลกระทบพอสมควร | 40 | 50.00 | 22 | 27.50 | 62 | 38.75 |
| มีผลกระทบมาก | 2 | 2.50 | 3 | 3.75 | 5 | 3.13 |

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ
ในทางเดินปัสสาวะรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง

| พฤติกรรมการป้องกันการ ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอด | | กลุ่มเจ็บครรภ์คลอด | | รวม | |
|---|--------------------|--------|--------------------|--------|-----------|--------|
| | ก่อนกำหนด | | ครบกำหนด | | (n = 160) | |
| | (n = 80) | | (n = 80) | | | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| พฤติกรรมดี | 57 | 71.30 | 57 | 71.30 | 114 | 71.25 |
| พฤติกรรมดีปานกลาง | 23 | 28.70 | 23 | 28.70 | 46 | 28.75 |

ตารางที่ 16 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ การขึ้นน่าน
การสัมผัสสบู่มือสอง กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

| ตัวแปร | รวม (n = 160) | | กลุ่มเจ็บครรภ์ คลอดก่อน กำหนด (n = 80) | | กลุ่มเจ็บครรภ์ คลอดครบ กำหนด (n = 80) | | X ² | p- value |
|---------------------|----------------------------|--------|---|--------|--|--------|----------------|-------------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| | จำนวนชั่วโมง ในการทำงาน | | | | | | | |
| ≤ 40 ชั่วโมง | 94 | 58.75 | 48 | 60.00 | 46 | 57.50 | | |
| > 40 ชั่วโมง | 66 | 41.25 | 32 | 40.00 | 34 | 42.50 | | |
| การขึ้นน่าน | | | | | | | 2.093 | .074 |
| ≤ 4 ชั่วโมง | 147 | 91.87 | 71 | 88.75 | 76 | 95.00 | | |
| > 4 ชั่วโมง | 13 | 8.12 | 9 | 11.25 | 4 | 5.00 | | |
| การสัมผัสสบู่มือสอง | | | | | | | 0.457 | .249 |
| ไม่เคย | 23 | 14.37 | 10 | 12.50 | 13 | 16.25 | | |
| เคย | 137 | 85.63 | 70 | 87.50 | 67 | 83.75 | | |

ตารางที่ 17 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอน กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

| ตัวแปร | รวม (n = 160) | | กลุ่มเจ็บครรภ์ คลอดก่อน กำหนด (n = 80) | | กลุ่มเจ็บครรภ์ คลอดครบ กำหนด (n = 80) | | X ² | p- value |
|--|------------------|--------|---|--------|--|--------|----------------|-------------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| | | | | | | | | |
| คุณภาพการนอน หลับ | | | | | | | .103 | .374 |
| ดี | 66 | 41.25 | 32 | 40.00 | 34 | 42.50 | | |
| ไม่ดี | 94 | 58.75 | 48 | 60.00 | 46 | 57.50 | | |
| องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการนอน หลับเชิงอัตนัย | | | | | | | 9.014 | .001 |
| ดี | 18 | 11.25 | 3 | 3.75 | 15 | 18.75 | | |
| ไม่ค่อยดี | 142 | 88.75 | 77 | 96.25 | 65 | 81.25 | | |
| องค์ประกอบที่ 2 การนอนไม่หลับ หลังจากเข้านอน | | | | | | | 3.819 | .141 |
| ไม่มีปัญหา | 15 | 9.37 | 7 | 8.75 | 8 | 10.00 | | |
| มีปัญหาเล็กน้อย | 97 | 60.62 | 54 | 67.50 | 43 | 53.75 | | |
| มีปัญหา | 42 | 26.25 | 19 | 23.75 | 23 | 18.75 | | |
| พอสมควร | | | | | | | | |
| มีปัญหามาก | 6 | 3.76 | 0 | 0 | 6 | 7.50 | | |
| องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลา ของการนอนหลับ ในแต่ละคืน | | | | | | | .242 | .311 |
| > 7 ชั่วโมง | 129 | 80.62 | 65 | 31.10 | 64 | 29.60 | | |
| ≤ 7 ชั่วโมง | 31 | 19.38 | 15 | 9.30 | 16 | 8.80 | | |

ตารางที่ 17 (ต่อ)

| ตัวแปร | รวม (<i>n</i> = 160) | | กลุ่มเจ็บครรภ์ คลอดก่อน กำหนด (<i>n</i> = 80) | | กลุ่มเจ็บครรภ์ คลอดครบ กำหนด (<i>n</i> = 80) | | <i>X</i> ² | <i>p</i> - value |
|--|---|--------|---|--------|--|--------|-----------------------|---------------------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| | องค์ประกอบที่ 4 ระสิทธิภาพการ นอนโดยปกติ วิสัย ดีมาก (≥ ร้อยละ 85) | 119 | 74.37 | 66 | 82.50 | 53 | | |
| องค์ประกอบที่ 5 การรบกวนการ นอนหลับ ไม่มีปัญหา หรือมีน้อย มีปัญหา มีปัญหา พอสมควร มีปัญหามาก | 2 | 1.25 | 1 | 30.00 | 1 | 43.75 | 3.249 | .072 |
| องค์ประกอบที่ 6 การใช้ยานอน หลับ ไม่เคยใช้ยา เคยใช้ยาบ้าง | 57 | 35.62 | 23 | 70.00 | 34 | 49.25 | | |
| | 94 | 58.75 | 53 | 66.25 | 41 | 51.25 | | |
| | 7 | 4.38 | 3 | 3.75 | 4 | 5.00 | | |
| องค์ประกอบที่ 6 การใช้ยานอน หลับ ไม่เคยใช้ยา เคยใช้ยาบ้าง | | | | | | | 0.00 | 1.00 |
| | 158 | 98.75 | 79 | 98.75 | 79 | 98.75 | | |
| | 2 | 1.25 | 1 | 1.25 | 1 | 1.25 | | |

ตารางที่ 17 (ต่อ)

| ตัวแปร | รวม (<i>n</i> = 160) | | กลุ่มเจ็บครรภ์ คลอดก่อน กำหนด (<i>n</i> = 80) | | กลุ่มเจ็บครรภ์ คลอดครบ กำหนด (<i>n</i> = 80) | | <i>X</i> ² | <i>p</i> - value |
|-------------------------------------|--------------------------|--------|---|--------|--|--------|-----------------------|---------------------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| | องค์ประกอบที่ 7 | | | | | | | |
| ผลกระทบต่อการทำงาน ในเวลากลางวัน | | | | | | | | |
| ไม่มีผลกระทบ หรือมีน้อย | 93 | 58.12 | 38 | 47.50 | 55 | 68.75 | | |
| มีผลกระทบ พอสมควรหรือ มาก | 67 | 41.88 | 42 | 52.50 | 25 | 31.25 | | |